

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Náhled mužů s parafilí na hormonální tlumení za použití biologické léčby

David Vošický

Bakalářská práce

2014

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2012/2013

**ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**  
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **David Vošický**  
Osobní číslo: **Z11186**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Náhled mužů s parafilií na hormonální tlumení za použití biologické léčby**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

**Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :**

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**  
Seznam odborné literatury:

1. KITTNAR, Otomar et al. Lékařská fyziologie. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3068-4.
2. PAVLOVSKÝ, Pavel et al. Soudní psychiatrie a psychologie. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2618-2.
3. WEISS, Petr. Sexuální deviace. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-419-9.
4. WEISS, Petr et al. Sexuologie. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.
5. ZVĚŘINA, Jaroslav. Sexuologie (nejen) pro lékaře. Brno: CERM, 2003. ISBN 80-7204-264-5.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jana Kudlová, DiS.**  
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. října 2012**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **9. května 2014**

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 28. ledna 2014

**Prohlašuji:**

Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 30. 4. 2014

David Vošický

**Poděkování:**

Děkuji Mgr. Janě Kudlové, DiS. za odborné vedení a cenné rady při zpracování bakalářské práce. Dále chci poděkovat svým kolegům, kteří mi pomohli se sběrem dat a nemůžu opomenout muže s parafilií, kteří byli ochotní poskytnout tak důležité informace, nezbytné pro výzkumnou část bakalářské práce.

David Vošický

## **ANOTACE**

Bakalářská práce popisuje přístup pacientů k léčbě parafilií za použití biologické léčby.

Práce je rozdělena do dvou částí a to na část teoretickou a část výzkumnou.

Teoretická část obsahuje popis: vybraných částí anatomie mužských pohlavních orgánů, pohlavní hormony, sexuální motivační systém, klasifikace parafilií a jejich léčbu.

Druhá část práce je zaměřena na výzkum, jenž byl prováděn mezi muži s parafilií. Tato praktická část se zabývá metodikou, průběhem a výsledky provedeného výzkumu formou dotazníkového šetření.

V diskuzi a závěru práce jsou vyhodnoceny stanovené cíle a výzkumné otázky.

Snahou mé práce bylo zjištění, jaký zaujímají muži s parafilií postoj k biologické léčbě a jak se staví k možnosti orchiektomie.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

náhled, parafilie, biologická léčba, orchiektomie, hormonální tlumení

**TITLE**

The view of men paraphiliac on hormonal control by using biological treatment

**ANNOTATION**

This bachelor thesis describes the patients' attitude to treatment of paraphilia using the biological way of treatment.

The thesis is devided into two parts: theoretical and research.

The theoretical part contains description of: selected parts of the anatomy of male genital organs, hormones, sexual motivation system, classification and treatment of paraphilia.

The second part is focused on the research which was done among men with paraphilia. This practical part deals with the methodology, process and results of the research through a questionnaire survey.

Set aim and research questions are evaluated in the discussion and conclusion.

The aim of my work was to determine the attitude of men with paraphilia to the biological treatment and also to the possibility of orchiectomy.

**KEYWORDS**

Preview, Paraphilia, Biological treatment, Orchiectomy, Hormonal kontrol

# OBSAH

ÚVOD.....	16
CÍLE PRÁCE.....	17
I. TEORETICKÁ ČÁST .....	18
1 MUŽSKÉ POHLAVNÍ ORGÁNY – VYBRANÉ ČÁSTI.....	18
1.1 Testis - varle .....	18
1.2 Epididymis - nadvarlata.....	18
1.3 Scrotum - šourek.....	19
1.4 Ductus deferens - chámovod .....	19
2 POHLAVNÍ HORMONY .....	20
2.1 Gonadoliberin (GnRH - gonadotropin releasing hormone).....	20
2.2 Luteinizační hormon (LH, lutropin).....	20
2.3 Folikuly stimulující hormon (FSH, folitropin).....	20
2.4 Androgeny .....	20
2.4.1 Testosteron.....	21
2.4.2 Dihydrotestosteron (DHT).....	21
2.4.3 Biologické účinky testosteronu.....	21
2.4.4 Antiandrogeny .....	22
2.5 Estrogeny.....	22
3 SEXUÁLNĚ MOTIVAČNÍ SYSTÉM - SMS.....	24
4 PARAFILIE – PORUCHY SEXUÁLNÍ PREFERENCE.....	25
5 KLASIFIKACE PARAFILIÍ .....	26
5.1 Klasifikace dle SMS .....	26
5.1.1 A - atypická náplň sexuálně motivačního systému.....	26

5.1.2 B - koordinační chyba.....	26
5.1.3 C - chybění části sexuálně motivačního systému .....	26
5.2 Klasifikace dle objektu a aktivity .....	27
5.2.1 Deviace v aktivitě .....	27
5.2.1.1 Voyeurismus .....	27
5.2.1.2 Exhibicionismus.....	27
5.2.1.3 Frotérismus .....	28
5.2.1.4 Tušerství.....	28
5.2.1.5 Patologická sexuální agresivita.....	28
5.2.1.6 Agresivní sadismus .....	29
5.2.1.7 Sadismus a masochismus.....	30
5.2.1.8 Jiné deviace v aktivitě.....	30
5.2.2 Deviace v objektu .....	31
5.2.2.1 Pedofilie .....	31
5.2.2.2 Hebefilie.....	32
5.2.2.3 Efebofilie .....	32
5.2.2.4 Incest .....	32
5.2.2.5 Fetišismus .....	32
5.2.2.6 Transvestitismus .....	33
5.2.2.7 Jiné deviace v objektu.....	33
5.2.2.8 Další možné deviace v objektu .....	34
5.2.3 Kombinované a polymorfní deviace.....	35
5.2.4 Sexuální deviace u žen.....	35
5.3 Klasifikace dle MKN 10.....	36
5.3.1 F65 Poruchy sexuální preference.....	36

5.3.1.1 F65.0 Fetišismus .....	36
5.3.1.2 F65.1 Fetišistický transvestitismus .....	36
5.3.1.3 F65.2 Exhibicionismus .....	37
5.3.1.4 F65.3 Voyerismus .....	37
5.3.1.5 F65.4 Pedofilie .....	37
5.3.1.6 F65.5 Sadomasochismus .....	37
5.3.1.7 F65.6 Mnohočetné poruchy sexuální preference .....	37
5.3.1.8 F65.8 Jiné poruchy sexuální preference .....	37
5.3.1.9 F65.9 Porucha sexuální preference NS .....	38
<b>6 TERAPIE MUŽŮ S PARAFILÍ</b> .....	<b>39</b>
6.1 Psychoterapie .....	39
6.1.1 Nеспецифická psychoterapie .....	39
6.1.2 Specifická psychoterapie .....	39
6.2 Biologická léčba .....	39
6.2.1 Psychofarmaka .....	40
6.2.2 Antiandrogeny .....	40
6.2.3 Agonisté gonadoliberinu .....	41
6.2.4 Orchiektomie .....	41
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>43</b>
<b>7 VÝZKUM</b> .....	<b>43</b>
7.1 Výzkumné otázky .....	43
7.2 Metodika výzkumu .....	43
7.2.1 Výběr zkoumaného souboru .....	43
7.2.2 Výběr metody šetření .....	43
7.2.3 Pilotní studie .....	44

7.2.4 Organizace výzkumu .....	44
8 PREZENTACE VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	45
9. DISKUZE.....	64
10 ZÁVĚR .....	68
11 POUŽITÁ LITERATURA .....	70
12 PŘÍLOHY .....	72

## SEZNAM ILUSTRACÍ

Obrázek 1 <i>Graf věku respondentů</i> .....	45
Obrázek 2 <i>Graf dosaženého vzdělání respondentů</i> .....	46
Obrázek 3 <i>Graf poruch sexuálních preferencí respondentů</i> .....	47
Obrázek 4 <i>Graf rozdělení respondentů dle deviace v objektu či aktivitě</i> .....	48
Obrázek 5 <i>Graf rozdělení respondentů dle druhu sexuálních variací</i> .....	49
Obrázek 6 <i>Graf formy probíhající léčby respondentů</i> .....	50
Obrázek 7 <i>Graf informovanosti respondentů o probíhající léčbě</i> .....	51
Obrázek 8 <i>Graf znalosti biologické léčby</i> .....	52
Obrázek 9 <i>Graf názoru na prospěšnost biologické léčby u poruch sexuálních preferencí</i> .....	53
Obrázek 10 <i>Graf užívání látek potlačujících tvorbu testosteronu</i> .....	54
Obrázek 11 <i>Graf názoru na potřebu léčby snižující tvorbu testosteronu</i> .....	55
Obrázek 12 <i>Graf užívání léčiv na snížení testosteronu</i> .....	56
Obrázek 13 <i>Graf volby respondentů k jednotlivým možnostem podání léčiv</i> .....	57
Obrázek 14 <i>Graf NVÚ respondentů po či při užívání látek snižující hladinu testosteronu</i> .....	58
Obrázek 15 <i>Graf provedení orchiektomie u respondentů</i> .....	60
Obrázek 16 <i>Graf podstoupení orchiektomie na doporučení lékaře</i> .....	61
Obrázek 17 <i>Graf názoru respondentů na orchiektomii</i> .....	62
Obrázek 18 <i>Graf případného věku k podstoupení orchiektomie z pohledu respondentů</i> .....	63

## **SEZNAM ZKRATEK**

AMB	– ambulance, ambulantní
DNA	– deoxyribonukleová kyselina, nositelka genetické informace
NVÚ	– nežádoucí vedlejší účinek
OCHL	– ochranná léčba
OCHLA	– ochranná léčba ambulantní
OCHLÚ	– ochranná léčba ústavní
RNA	– ribonukleová kyselina
SSRI	– selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
TCA	– tricyklická antidepresiva první generace

## TERMINOLOGIE

*Antidepresiva:* psychiatrické léky využívané ke zmírnění symptomů klinické deprese.

*Antisociální chování:* protisociální chování porušující pravidla či normy, jednající proti společnosti.

*Biosyntéza:* jedná se o chemickou syntézu, chemické spojování, probíhající v živých systémech.

*Deoxyribonukleová kyselina:* nositelka genetické informace všech organismů s výjimkou některých nebuněčných.

*Diferenciace:* v našem případě se jedná o biologický proces, při kterém se buňky rozrůžňují do jednotlivých typů.

*Difuze:* proces rozptylování, při kterém přecházejí látky z prostředí s vyšší koncentrací do prostředí s koncentrací nižší.

*Gonadotropní:* jakýkoliv savčí hormon stimulující vývoj pohlavních orgánů, mající dále vliv na stimulující produkci dalších pohlavních hormonů.

*Masturbační fantazie:* představy v průběhu pohlavního sebeukájení.

*Mentální retardace:* postižení, při kterém dochází k zaostávání rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v přizpůsobování.

*Posttranskripce:* následující pochod transkripce, při kterém dochází k úpravě surové RNA a vzniká tzv. mature (zralá) RNA.

*Predátorské chování:* chování, které je charakterizované lovem obětí.

*Psychofarmaka:* látky ovlivňující duševní stav jedince.

*Psychosexuální vývoj:* proces, během něhož se jedinec vyvíjí a dospívá z hlediska identifikace s psychickou, sexuální i společenskou rolí svého pohlaví.

*Psychosexuální:* týkající se duševní a sexuální stránky člověka.

*Recidiva:* opětovné dostání se do nežádoucí situace, a to nemoci, závislosti popřípadě zločinu.

*Resocializace:* přizpůsobování se a učení se novému chování, přijetí nových norem a hodnot vztahujícím se k aktuálnímu sociálnímu postavení.

*Reverzibilní:* vratný, schopný zpětného procesu.

*Ribonukleová kyselina:* odpovědná za přenos informací z úrovně nukleových kyselin do proteinů, v případech některých virů je dokonce samostatnou nositelkou genetické informace.

*Sexodiagnostika:* rozpoznávání přítomnosti či nepřítomnosti anomálie sexuálně motivačního systému.

*Sexuální preference:* sexuální zaměření vedoucí k uspokojení jedince.

*Spermatogeneze:* vytváření mužských pohlavních buněk – spermií.

*Transkripce:* přepis genetické informace z DNA na RNA.

*Zpětná vazba:* děj, při kterém množství hormonů v krevním oběhu ovlivňuje další produkci hormonů.

## ÚVOD

Oblast náhledu mužů s parafilií na léčbu jsem si vybral hned z několika důvodů. Jedním z těchto důvodů je každodenní kontakt v zaměstnání, neboť pracuji na sexuologickém oddělení, při kterém je i sexuologická ambulance, kam dochází jak muži s parafilií, tak i s jinými problémy. V tomto prostředí mě samotného častokrát napadla otázka, jak se vlastně sami muži s parafilií staví k podávaným či aplikovaným léčivým přípravkům, popřípadě k samotné orchiektomii. Ne vždy je slyšet pozitivní postoj klientů k současným léčebným metodám. Tudíž bych se rád zaměřil na to, jak se skutečně staví k léčbě muži s parafilií a co by mohlo přispět k usnadnění probíhající léčby.

Abychom jsme se mohli věnovat těmto otázkám, stanovili jsme si cíle práce, které jsou popsány na dalším listu.

V teoretické části se zabývám pohlavními hormony majícími vliv na chování či jednání mužů s parafilií. Nahlédneme také do anatomie a fyziologie a to zejména varlat. Nesmíme opomenout sexuálně motivační systém, ke kterému je v sexuologii směřována čím dál větší pozornost a dále zmapujeme základní typy sexuálních deviací i různé druhy léčby mužů s parafilií.

Praktickou část věnuji výsledkům prováděného dotazníkového šetření, které probíhalo právě v sexuologické ambulanci i na sexuologickém oddělení v řadách mužů s parafilií. Dále jsou v praktické části interpretovány právě získané výsledky, které jsou více rozvedeny v následné diskuzi.

## **CÍLE PRÁCE**

1. Zjistit, jaká je základní informovanost mužů s parafilií o probíhající léčbě.
2. Zjistit, jaký zauímají muži s parafilií postoj k biologické léčbě.
3. Zjistit, jaká léková forma je pro muže s parafilií z jejich pohledu při biologické léčbě nejvíce vyhovující.
4. Ověřit, zdali na sobě muži s parafilií pozorují některé z nežádoucích účinků biologické léčby.
5. Zjistit, jak se muži s parafilií v současné době staví k samotné orchiektomii.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 MUŽSKÉ POHLAVNÍ ORGÁNY – VYBRANÉ ČÁSTI

Mužské pohlavní ústrojí je tvořeno třemi typy orgánů, mezi něž patří párové pohlavní žlázy, přídatné žlázy a dále vývodné pohlavní cesty (Dylevský, 2009, s. 14).

Pozornost v teoretické části práce směřujeme k těm částem pohlavního ústrojí muže, kterých se daná problematika parafilíí dotýká.

### 1.1 Testis - varle

Jedná se o mužský pohlavní párový orgán elipsoidního tvaru, stranově mírně zploštělý. Uložení ve skrotu, kde je postavení skoro svislé. Na zadní straně přiléhá protáhlé nadvarle. V testes nacházíme Sertoliho a Leydigovy buňky. (Čihák, 2013, s. 268-269).

Na zadní straně varlete dále nacházíme jeho vývody a vstupující cévy a nervy. Povrch varlete pokrývá tuhá vazivová blána (tunica albuginea) z níž odstupují přepážky, které rozdělují prostor uvnitř na několik lalůčků. V jednom lalůčku se mohou nacházet až čtyři semenotvorné kanálky – ty spolu navzájem komunikují jak uvnitř tak mezi lalůčky. V běžném varleti je asi tři sta metrů semenotvorných kanálků. Při zadní straně varlete se spojují a vytvářejí síť, z které odstupují vývodné kanálky procházející do nadvarlete. Kanálky mají stěnu tvořenou vazivovým obalem a bazální membránou, na níž nasedají zárodečné a podpůrné Sertoliho buňky. Zárodečné buňky dozrávají ve spermie (Dylevský, 2009, s. 366-367).

Podpůrné buňky vybíhají v řadě výběžků, které společně utvářejí prostorovou síť. V této síti jsou zasunuty spermie (Dylevský, 2009, s. 366-367).

Vmezežené buňky neboli Leydigovy buňky mají za úkol produkci hormonu testosteronu, který má vliv na vývoj druhotných pohlavních znaků muže, dále na typ jeho jednání a chování, jakož i podíl na sexuální orientaci (Dylevský, 2009, s. 366-367).

### 1.2 Epididymis - nadvarlata

Jedná se o vývodnou část pohlavního ústrojí muže. Je uloženo při horním pólu zadního okraje varlete. Nadvarle tvoří jeho hlava, tělo a ocas. Hlava nadvarlete obsahuje mnohonásobně stočený kanálek dlouhý čtyři až šest metrů, jenž ústí do vývodu nadvarlete. Vývod se v těle

nadvarlete několikrát stáčí a přechází do ocasu. (Dylevský, 2009, s. 367).

### **1.3 Scrotum - šourek**

Jedná se o vak pod stydkou sponou, který je rozdělen vazivovou přepážkou na dvě poloviny, kdy v každé polovině je uloženo jedno varle. Na povrchu šourku je kůže, jenž je pokračující kůží břicha. Je tenká, pigmentovaná s řídkým porostem ochlupení. V podkoží se nachází slabá vrstva hladkého svalstva (Dylevský, 2009, s. 368).

Tříselným kanálem a šourkem se k varleti dostává musculus cremaster neboli zdvihač varlete (Dylevský, 2009, s. 368).

Hladké svalstvo ve stěně šourku, musculus cremaster a krevní oběh se výrazně podílejí na regulaci teploty v šourku, která je pro zrání spermií ideálně o dva až šest stupňů celsia nižší, nežli v dutině břišní, tedy třicet dva až třicet šest stupňů celsia (Dylevský, 2009, s. 368).

### **1.4 Ductus deferens - chámovod**

Chámovod je vývodem nadvarlete, kde se spojuje s vývodem semenných váčků, proniká tříselným kanálem do dutiny břišní, kde se otáčí směrem dolů do pánve a vede po zadní stěně močového měchýře a dále ústí do močové trubice v místě, kde prochází předstojnou žlázou (Merkunová, 2008, s. 177).

## **2 POHLAVNÍ HORMONY**

### **2.1 Gonadoliberin (GnRH - gonadotropin releasing hormone)**

Jedná se o hormon, který je produkován buňkami v mediobazální části hypotalamu. Z hypotalamu se dostává do adenohipofýzy, kde se váže na receptory, čímž řídí v gonadotropních buňkách tvorbu a sekreci luteinizačního hormonu (Trojan, 2003, s. 512).

Gonadoliberin je vypuzován v pulzech jedenkrát za jednu až tři hodiny, přičemž trvání jednoho pulzu trvá přibližně několik minut (Trojan, 2003, s. 512)

### **2.2 Luteinizační hormon (LH, lutropin)**

Tento hormon je tvořen adenohipofýzou a následně je vyplavován do krevního oběhu. Luteinizační hormon působí na v testes na Leydigovy buňky, které mají za úkol produkovat testosteron (Trojan, 2003, s. 512).

### **2.3 Folikuly stimulující hormon (FSH, folitropin)**

Adenohipofýza (přední část hypofýzy) mimo jiné produkuje i tento hormon, který je taktéž vyplavován do krevního oběhu. Má stimulační účinek na Sertoliho buňky v testes, čímž zajišťuje spermatogenezi a taktéž tvorbu látek, které ovlivňují produkci hormonů. Mezi tyto látky patří aktivin, inhibin a estradiol (Trojan, 2003 s. 511-513).

Aktivin a inhibin ovlivňují tvorbu folikuly stimulujícího hormonu a to buď pozitivně či negativně (Trojan, 2003 s. 511-513).

### **2.4 Androgeny**

Mezi přirozené androgeny řadíme testosteron a jemu příbuzné C<sub>19</sub> - steroidy, které obecně mají anabolický účinek (zvyšující svalový růst), zvláště pak zdůrazněný v cílových androgenně dependentních (závislých) tkáních (Weiss, 2010, s. 69).

U člověka nacházíme endogenní (vnitřní) androgeny dle stoupající účinnosti: dehydroepiandrosteron sulfát (DHEA-S), dehydroepiandrosteron (DHEA), androstendion, testosteron a dihydrotestosteron. Účinnost těchto endogenních hormonů je v přibližném poměru 0,001 – 0,01 – 0,1 – 1 – 5 (Weiss, 2010, s. 69).

### **2.4.1 Testosteron**

Nejdůležitějším pohlavním hormonem muže, neboli též androgenem, je právě testosteron. Ten je tvořen Leydigovými buňkami v testes. Testosteron se difuzí dostává do Sertoliho buněk, kde je nezbytný pro spermatogenezi. Dále z Leydigových buněk difunduje do krevního oběhu (Trojan, 2003, s. 513).

Testosteron je hlavním androgenem centrálního nervového systému, svalstva a spermatogeneze u mužů (Weiss, 2010, s. 69).

Testosteron, jakožto mužský hlavní androgen má významný vliv na mužské sexuální funkce. V dospělosti se jeho hladiny v séru pohybují v značně širokém spektru, tyto hladiny nacházíme v hodnotách od 10 do 35 nmol/l (3 - 10 ng/ml). V průběhu života nejsou hladiny testosteronu jednotné. Od 30. roku můžeme pozorovat pokles hladiny testosteronu o 1 % ročně, není to však pravidlem. Část mužské populace, někdy uváděno až 20 %, si uchovává hladiny testosteronu na plné referenční šíři (normální hodnotě) do vysokého věku (Weiss, 2010, s. 70-71).

### **2.4.2 Dihydrotestosteron (DHT)**

Jedná se o nejučinnější endogenní androgen, jenž je hlavním androgenem kůže, ledvin a vnějšího genitálu (Weiss, 2010, s. 69-81).

Dihydrotestosteron během embryonálního vývoje působí znásobením signálů, které by mohl vyvolat i testosteron, avšak v mnohonásobně vyšších koncentracích. Dihydrotestosteron se významně podílí na pohlavní diferenciaci zevního genitálu, při nastavení sexuálního dimorfismu (odlišnost samce od samičky) některých mozkových funkcí, jakožto hlavní androgen působí na prostatu a dále na kožní adnexa (přídatné orgány kůže včetně mléčné žlázy) a zrání spermatozoí (spermií) v epididymis (Weiss, 2010, s. 69-81).

### **2.4.3 Biologické účinky testosteronu**

Testosteron má široké spektrum (zastoupení) biologických účinků. Značnou měrou se podílí na vývoji mužského typu genitálu u plodu, kde i v posledních dvou měsících intrauterinního života (život plodu uvnitř dělohy) navozuje sestup testes do skrota (Trojan, 2003, s. 514).

V období adolescence má vliv na růst zevních pohlavních orgánů muže, tedy penisu, testes a skrota. Působí na vývoj sekundárních pohlavních znaků, jakož je růst vlasů, ochlupení

či vousů, taktéž na larynx, který se pod jeho vlivem rozšíří, čímž dojde k změně intonace hlasu (Trojan, 2003, s. 514).

Výrazně ovlivňuje metabolismus proteinů, čímž dochází anabolickým účinkem k vytvoření větší svalové hmoty (Trojan, 2003, s. 514).

Zvyšuje objem kostní hmoty a ukládání kalcia v kostech, ukončuje jejich růst a ovlivňuje jejich tvar, což můžeme pozorovat na typické mužské pánvi, která je charakteristicky úzká a vysoká (Trojan, 2003, s. 514).

Spolu s inhibinem ovlivňuje negativní zpětnou vazbou produkci gonadoliberinu a gonadotropinů (Trojan, 2003, s. 514).

#### **2.4.4 Antiandrogeny**

Mezi antiandrogeny řadíme látky steroidní a nesteroidní povahy, jejichž účinnost je dána jejich schopností vázat se na androgenní receptor a buď zcela úplně blokovat účinnost testosteronu, nebo vyvolávat jenom velmi slabou odpověď v transkripci a posttranskripčních pochodech (Weiss, 2010, s. 77).

Značné množství těchto látek užívaných též jako farmak, kromě čistě androgenních účinků, snižuje i tvorbu přirozených androgenů, a to buď přímým zásahem do jejich biosyntézy nebo za spoluúčasti svého antigonadotropního účinku, vlastního gestagenům (Weiss, 2010, s. 77).

#### **2.5 Estrogeny**

Jedná se o steroidní hormony vznikající aromatizací  $C_{19}$  steroidů a místem jejich vzniku jsou gonády, v malé míře též nadledviny a periferní tkáň, zejména pak tuková. Za hlavní estrogen považujeme estradiol, méně účinné pak jsou estron a estriol (Weiss, 2010, s. 78-81).

U mužů se denně asi 6 mikrogramů estradiolu vytvoří v testes a až čtyřnásobné množství je vytvářeno extratestikulárně (mimo testes). Gonadotropin řídí produkci estrogenů v gonádách (Weiss, 2010, s. 78-81).

Hladiny estrogenů u mužů jsou v přibližné koncentraci dívky kolem nástupu menarche (první menstruace) (Weiss, 2010, s. 78-81).

Klinická zkušenost z léčby sexuálních deviací či karcinomu prostaty, kdy jsou podávány farmakologické dávky estrogenů, potvrzuje, že estrogeny v těchto dávkách

tlumí mužskou sexualitu (Weiss, 2010, s. 78-81).

### 3 SEXUÁLNĚ MOTIVAČNÍ SYSTÉM - SMS

Jak popisuje Kolářský (2008), laický pojem sexuality jako unitárního pudu po orgasmu je neplatný, v základní vědě už dávno opuštěný a v praxi zavádějící.

*„Z hlediska sexodiagnostiky není nejpodstatnější, kam posuzovaný vkládal svůj penis napadené osobě či kterých částí jejího těla se dotýkal. Pro sexodiagnostiku je velmi podstatné znát interpersonální rámec, v němž se intimní akt odehrál – lhostejno, jeli obětí žena či nedospělá osoba. Vyplývá to z uznání vloh atraktivity (vloh pro všeobecné vábení) a proceptivity (vloh pro svádění tohoto určitého jedince) jakožto vloh sexuálních.“*  
(Kolářský, 2008, s. 21)

Sexuálně motivační systém se skládá z několika částí. Jako první část nacházíme atraktivitu. Atraktivita je fáze, pod kterou můžeme zahrnout vábení všech příslušníků opačného pohlaví, ověření dospělosti a pravděpodobné reprodukční připravenosti. Po této fázi se dostáváme k proceptivitě, o které zjednodušeně můžeme říci, že se jedná o termín označující svádění určitého partnera, kde je přítomno dvoření či namlouvání. Následně přecházíme k akceptivitě a to nekoitální. Nekoitální akceptivita zahrnuje prvky jako dotyky, objímání a líbání, kdy jsou přístupny zevní pohlavní orgány dotykům partnera. Koitální akceptivitou pak nazýváme další fázi, kde dochází k dívání se na genitál partnera, pohlavnímu spojení a frikčním pohybům. Závěrem se dostáváme ke konceptivitě neboli samotnému orgasmu. (Kolářský, 2008, s. 21-35)

Tyto fáze na sebe za normálních okolností postupně navazují, aby mohla být aktivována proceptivita, musí jí předcházet atraktivita, akceptivitě předchází proceptivita apod. (Kolářský, 2008, s. 21-35).

## **4 PARAFILIE – PORUCHY SEXUÁLNÍ PREFERENCE**

Abychom se mohli bavit o klasifikaci parafilií (deviací), je třeba si prvně vymezit ty sexuální preference, které lze považovat za normální. Každé jiné, které pak budou vybočovat od arbitrárně vymezeného, můžeme označit za deviantní. U parafilie nacházíme odlišnou (atypickou) strukturu sexuální motivace, a to výhradně v intrapsychických charakteristikách jedince, jenž následně umožňují, modifikují či podmiňují i vnější projevy sexuální poruchy v podobě deviantního chování (Weiss, 2010, s. 469).

Máme tři základní předpoklady esencialistického přístupu k sexuálním deviacím. Prvním předpokladem je, že velice významnými faktory, které určují sexuální motivaci, jsou faktory biologické. K druhému předpokladu můžeme říci, že mezi deviací a normou neexistuje kontinuita, lidé nejsou "méně" nebo "více" deviantní, jsou deviantní nebo nedevariantní. Třetím a neméně důležitým faktorem je předpoklad, že sexuální deviace je celoživotní a trvalou charakteristikou individua, jehož sexuální preference nelze léčbou, trestem ani jinými prostředky změnit, lze pouze modifikovat sexuální chování, tedy vnější projevy sexuální preference (Weiss, 2010, s. 469).

Za normální konsenzuální (souhlasné) sexuální aktivity považujeme ze sexuologického hlediska takové, které se odehrávají mezi psychosexuálně a somatosexuálně dostatečně zralými a pokrevně v přímé linii nespřízněnými partnery a které nevedou k jejich psychickému nebo somatickému poškození (Weiss, 2010, s. 469).

## **5 KLASIFIKACE PARAFILIÍ**

### **5.1 Klasifikace dle SMS**

Kolářský (2008) ve své publikaci uvádí, že v rozlišování deviací v objektu a v aktivitě je obsaženo staré pojetí sexuálních deviací, které odmítal ve svých univerzitních přednáškách již před padesáti lety Kurt Freund. Podobné klasifikace usnadňují komunikaci mezi odborníky, nicméně se nedotýkají samotné podstaty daných variací, to znamená, že nejsou směrodatné pro výzkum, který deviantologie jako mladá disciplína nyní potřebuje.

Dle Kolářského (2008) rozlišujeme tři základní druhy sexuálních variací s důrazem na erotické priority. První variací je atypická náplň sexuálně motivačního systému označována jako variace A. Druhou sexuální variací nazýváme koordinační chybou s označením písmene B a třetí variací nazvané chybění části sexuálně motivačního systému označovanou písmenem C.

#### **5.1.1 A - atypická náplň sexuálně motivačního systému**

U tohoto druhu nacházíme odlišný obsah sexuálně motivačního systému. Jeho součástí jsou normálně neerotické podněty. Do skupiny "A" řadíme pedofilie, sadismus, masochismus, fetišismus (Kolářský, 2008, s. 48-66).

#### **5.1.2 B - koordinační chyba**

Obsah sexuálně motivačního systému je srovnatelný s normou. Běžné erotické vzorce navozují drobné změny v prokrvení genitálu. Chybí zde však normální návaznost. Je zde okamžitý, skokový zájem o erotické dotyky a soulož často aktivovaný v neerotických situacích. Nalézáme zde sexuální agresivitu, agresivní sadismus, frotérství, voyerství, exhibicionismus (Kolářský, 2008, s. 48-66).

#### **5.1.3 C - chybění části sexuálně motivačního systému**

Muž s touto poruchou nerozumí normálním vzorcům chování ženy, jako jsou vábení či namlouvání, neboť v jeho sexuálně motivačním systému chybí. Takovýto muž se spokojí s ženou mrzutou, nedospělou pod patnáct let či příbuznou. Součástí této skupiny jsou hebefilie, nekrofilie, zoofilie (Kolářský, 2008, s. 48-66).

## **5.2 Klasifikace dle objektu a aktivity**

Parafilie identifikujeme v zásadě dvojího typu, a to na deviace v aktivitě a deviace v objektu. Mimo tyto základní dále rozeznáváme deviace kombinované či polymorfní, u nichž se vyskytuje současně více druhů deviantních preferencí (Weiss, 2010, s. 470).

### **5.2.1 Deviace v aktivitě**

Tyto deviace jsou charakterizovány jako poruchy ve způsobu dosahování sexuálního vzrušení a uspokojení (Weiss, 2010, s. 470).

#### **5.2.1.1 Voyeurismus**

U této deviace je sledován nic netušící anonymní objekt, což způsobuje vzrušení a většinou i následnou masturbaci. Objekty jsou pozorovány nejčastěji při svlékání, masturbaci či souloži. Určitá sexuální zvědavost je vlastní většině mužů i žen, nicméně v případě pravého deviantního voyeurismu se toto chování stává preferovaným způsobem dosahování vzrušení (Weiss, 2010, s. 470).

Často tyto aktivity upřednostňuje před partnerskými sexuálními aktivitami, a to i přes to, kdy je sexuální partner preferovaného pohlaví a věku dostupný a kdy neexistují ani sociální překážky sexuální interakce (Weiss, 2010, s. 470).

#### **5.2.1.2 Exhibicionismus**

Odhalováním genitálu před neznámými ženami či dívkami bývá u exhibicionismu dosahováno vzrušení. Někdy je takovéto odhalení spojeno s erekcí a masturbací, není to však pravidlem. Deviant může exponovat genitál před jednotlivou ženou či skupinou žen (Weiss, 2010, s. 470-471).

Tato deviace patří k nejčastěji se objevujícím. Její charakter bývá silně nutkavý a bývá proto i častá specifická recidiva (Weiss, 2010, s. 470-471).

U někoho bývá toto nutkání trvalé a realizuje tuto potřebu alespoň formou masturbačních fantazií. U některých exhibicionistů bývá naopak tato potřeba expozice genitálu vyvolána v určitých obdobích některých psychických krizí či partnerských konfliktů (Weiss, 2010, s. 470-471).

### **5.2.1.3 Frotérismus**

Tato deviace je charakterizována třením se o anonymní, neznámé ženské objekty v tlačenících, čímž je u frotéra dosaženo vzrušení. Muži s touto poruchou často předstírají, že se dotýkají svým erigovaným (stopořeným) penisem neznámých objektů čistě náhodou a zcela neúmyslně, tato činnost jim však přináší vzrušení a často končí ejakulací na šaty dotýčných objektů (Weiss, 2010, s. 471).

### **5.2.1.4 Tušerství**

K vzrušení dochází doteky na intimní místa anonymních ženských objektů. Tušér se často jakoby náhodou dotkne ňadra, hýždě či genitálu v dopravním prostředku, parku apod. (Weiss, 2010, s. 471-472).

Frotérské i tušérské aktivity řadíme ke kontaktnímu deviantnímu chování. Pachatel narušuje jak psychické, tak i ale už fyzické teritorium a lze jej proto tedy hodnotit jako mírnější formu přímé sexuální agrese (Weiss, 2010, s. 471-472).

### **5.2.1.5 Patologická sexuální agresivita**

U patologické sexuální agresivity bývá vzrušení a uspokojení dosahováno překonáním odporu napadené anonymní ženy a minimalizací její kooperace (spolupráce). Nebývá u ní zřejmá žádná sadistická vloha v pravém slova smyslu, pachatelé svou oběť netrýzní ani neprodlužují její utrpení (Weiss, 2010, s. 472-473).

Tato deviace bývá považována za vůbec nejnebezpečnější deviaci, neboť pachatel se svým chováním přibližuje k chování predátorskému, kdy svou oběť často po vyhlédnutí vsкрыtu pronásleduje a přepadá ji ze zálohy na místě, které je opuštěné nebo na místě, které nemůže dotyčná opustit, jakým je například výtah. Povalí svou oběť na zem, může použít zbraň a vyhrožuje jí poraněním či zabitím. V závislosti na charakteru patologického sexuálního agresora pak vyžaduje po oběti vaginální, anální, orální akt či masturbaci. Před těmito útoky zpravidla své oběti nijak nekontaktuje (Weiss, 2010, s. 472-473).

Ne každý, kdo se dopustí sexuálního násilí je sexuální agresor, většina pachatelů trpí jinými než sexuálními poruchy, kterými jsou například intoxikace (otravy) alkoholem, poruchy osobnosti, mentální retardace aj. (Weiss, 2010, s. 472-473).

### **5.2.1.6 Agresivní sadismus**

Označení agresivní sadista náleží deviantovi, jenž pro dosažení vzrušení potřebuje objekt svého sexuálního zájmu před stykem, během něj či místo styku učinit nehybným. Občas se můžeme setkat s označením útočný či predátorský sadista. V této skupině nalezneme i většinu sexuálních vrahů. S největší pravděpodobností ani jim nejde zcela primárně o zabití, nýbrž o znehybnění objeti. Důležitá je především možnost s objektem libovolně manipulovat. Někteří z těchto deviantů po takovém činu poškozují genitál, uřezávají části jejich těla, s kterými později masturbují nebo je pojídají (Weiss, 2010, s. 473).

U agresivních sadistů v anamnéze často nalezneme i jiné deviantní aktivity, jakými jsou exhibicionismus, voyeurismus, fetišismus, extrémní krutost ke zvířatům či zakládání požárů v dětství. Téměř polovina sexuálních vrahů na sebe někdy v minulosti upozornila některým méně závažným deliktem, jehož deviantní motivace byla znalci podceněna (Weiss, 2010, s. 473).

Velmi častá je sexuální motivace u sériových vrahů (Weiss, 2010, s. 473).

#### **5.2.1.6.1 Sexuální vražda**

Tímto termínem označujeme vraždu, jenž byla spáchána v souvislosti se vzrušením a sexuálním uspokojením (Zvěřina, 2003, s. 161-162).

Mezi sexuálními vraždami rozlišujeme dva druhy těchto činů. V prvním případě se jedná o skolení oběti prudkým útokem či usmrcení a následným sexuálním manipulováním. V případě druhém je napadená oběť zavražďena, týrána, sexuálně exploatována (využita), a teprve až pak usmrcena (Zvěřina, 2003, s. 161-162).

Mezi oběti sexuálních vražd spadají zejména ženy a děti obou pohlaví, to však neznamená, že by se neobjevovaly i sexuální vraždy mužů (Zvěřina, 2003, s. 161-162).

K těmto vraždám můžeme zařadit i vraždy sledující odstranění objektu jako nepohodlného svědka, na kterém bylo páčáno sexuální zneužívání či znásilnění a hrozí nyní, že by tento akt prozradil (Zvěřina, 2003, s. 161-162).

Často pro diagnostiku sexuální deviace u sexuálně motivované vraždy není dostatek objektivních dokladů. Pachatelé nebývají příliš nakloněni spolupráci, právě naopak. Často to bývají muži psychopatičtí (antisociální porucha osobnosti), popírající svou vinu,

citově chladní, lehce mentálně postižení (Zvěřina, 2003, s. 161-162).

### **5.2.1.7 Sadismus a masochismus**

Sadismus, u této deviace je vzrušení dosaženo dominancí a totální kontrolou nad objektem. Vzrušení sadisty je vyvoláno psychickým a fyzickým utrpením oběti s pocitem, že je oběť plně v jeho moci (Weiss, 2010, s. 475).

Masochismus je deviací, u které bývá vzrušení dosaženo plným se odevzdáním partnerovi s vlastním ponížením i utrpením (Weiss, 2010, s. 475).

Často nalézáme sadismus a masochismus pospolu u jednotlivce, pak hovoříme o sadomasochismu. Sadomasochista se jednou může klanět více k masochismu, podruhé pak k sadismu nebo může role v průběhu jednoho aktu měnit (Weiss, 2010, s. 475).

U sadomasochistických párů nalézáme širokou škálu metod, s jejichž pomocí dosahují sexuálního vzrušení až orgasmu. Mezi tyto metody patří flagelace (bičování), bondage (svazování), fisting (zasouvání pěstí až celé ruky do konečníku či pochvy), nebo metody psychologické, jenž jsou spojeny s hraním některých rolí (Weiss, 2010, s. 475).

### **5.2.1.8 Jiné deviace v aktivitě**

Erotografomanie je charakterizována psaním dopisů s erotickým obsahem anonymním ženským objektům. Při této deviaci autora dopisu vzrušuje představa, jak adresátka čte jeho dopis, při jehož čtení pociťuje například strach, vzrušení, zájem apod. Často při psaní těchto dopisů a při představách čtení dopisu adresátkou erotografoman masturbuje. Sadistický charakter těchto dopisů není výjimkou. V současnosti psané dopisy nahrazuje možnost elektronické erotografomanie, kdy je používáno mobilních telefonů, z nichž jsou zasílány SMS zprávy (krátké textové zprávy) nebo využití zaslání pomocí internetu e-mailů (Weiss, 2010, s. 476).

Telefonní skatofilie, použijeme-li tento termín, máme na mysli anonymní telefonáty s erotickým podtextem, při nichž dochází k vzrušení a kdy je často současně praktikována masturbace (Weiss, 2010, s. 476).

Klismafilie, neboli anální či vaginální stimulace za použití klystýru, který je obvykle naplněn teplou vodou, někdy jsou však využity i jiné látky jako alkohol, čaj, vzduch. Jedná se především o masturbační praktiku (Weiss, 2010, s. 476).

Uretrální manipulace znamená zasouvání nejrůznějších předmětů do uretry (močové trubice). Často při této praktice dochází k internímu poškození, k němuž často dochází i při klysmafilických aktivitách (Weiss, 2010, s. 476).

Triolismus, zde se jedná o erotickou preferenci, při níž je sledována partnerka při pohlavním styku s jiným mužem, nebo ukazování nahé partnerky jiným mužům. Další preferencí zde může být naslouchání partnerky, která vypráví při souloži o sexuálních aktivitách s jinými muži (Weiss, 2010, s. 476).

## **5.2.2 Deviace v objektu**

Tyto deviace jsou charakterizovány jako kvalitativní poruchy sexuální motivace s neadekvátním zaměřením erotické touhy. Dochází zde tedy k zaměření na určitý objekt, na který je soustředěna sexuální touha. Mezi deviace v objektu řadíme zejména pedofilii, fetišismus a transvestitismus (Weiss, 2010, s. 476).

### **5.2.2.1 Pedofilie**

Parafilie s erotickým zaměřením na objekty ve věku prepubertálním, chlapce a dívky bez znaků dospívání. Pedofilové preferují objekty ve věku 5 – 12 let s fyzickou nezralostí, tedy bez sekundárních pohlavních znaků, a s dětským chováním. Pedofilie může být heterosexuální i homosexuální, přičemž heterosexuální pedofilové se více klaní k dívkám ve věku 6 – 11 let a homosexuální pedofilové se zaměřují většinou na chlapce okolo 12 let. U heterosexuálních pedofilů je větší vazba k objektu, kdežto u pedofilů homosexuálních je častější agresivní a k orgasmu směřující jednání (Weiss, 2010, s. 477-478).

Pro diagnostiku je velmi důležitým vodítkem takzvaný pedagogicko-estetický komplex, což je v podstatě skutečnost, že celá pedofilova osobnost je podobně strukturována jako osobnost dítěte. Pravým pedofilům je svět dětí velmi blízký, tam se cítí uvolněně, bezpečně, neutlačováni úzkostným očekáváním. V dětském kolektivu bývají velmi dobře přijímáni, jelikož dětem velmi rozumí. Vžívají se do role staršího kamaráda. Dobře se uplatňují v zaměstnáních, kde je práce s dětmi, ta nevyhledávají jen pro uspokojení svých sexuálních potřeb, nýbrž i pro prožití iluze dětského světa. Nepodlehnu-li svým sexuálním pohnutkám, mohou z nich být velmi dobří učitelé, vedoucí kroužků, trenéry apod., přičemž v jejich okolí nemusí vzniknout žádné podezření na jejich skrytou sexuální motivaci (Weiss, 2010, s. 477-478).

Musíme zde také podotknout, že ne každý, kdo se dopustí sexuálního zneužití dítěte, je pedofilem. Pedofilové jsou motivováni primárně svou sexuální preferencí k dětskému objektu, kdežto delikventi nepedofilní mohou sexuálně zneužít dítě proto, jelikož není dostupný sexuální partner. Nepedofilní delikventi mohou mít mentální postižení, psychopatologii (duševní poruchu) či antisociální chování (Weiss, 2010, s. 477-478).

Můžeme říci, že v zásadě pedofilové nejsou pro tělesné zdraví či život příliš nebezpeční, dochází spíše k narušení psychosexuálního vývoje dítěte (Weiss, 2010, s. 477-478).

#### **5.2.2.2 Hebefilie**

Jedná se o parafilii, kdy je muž zaměřený na dospívající dívky se znaky pohlavního dospívání, s náznakem pubického ochlupení, prsů (Weiss, 2010, s. 478).

#### **5.2.2.3 Efebofilie**

O efebofilii mluvíme u mužů, kteří jsou zaměřeni na dospívající hochy, tedy na chlapce s náznaky pubického ochlupení či eventuálně už schopnosti ejakulace (Weiss, 2010, s. 478).

#### **5.2.2.4 Incest**

Pohlavní styk s blízkou pokrevně příbuznou osobou nazýváme incestním činem. Ve velkém množství kriminálních případů jde o sexuální zneužívání vlastních dětí, pravá pedofilní parafilie zde bývá však výjimečná. Jedná se většinou o muže s jinou než sexuální patologií, například s poruchou osobnosti či patologií rodinných vztahů (Weiss, 2010, s. 478).

#### **5.2.2.5 Fetišismus**

U této parafilie se jedná o erotické zaměření na neživé předměty nebo části těla, jenž zastupují normální sexuální objekt. Tato deviace by měla být diagnostikována pouze v případě, kdy je fetiš nejvíce důležitý nebo bezpodmínečný pro sexuální vzrušení a uspokojení (Weiss, 2010, s. 480).

Fetišem se stávají zejména objekty, jenž jsou nošeny blízko sexuálně vzrušujících částí těla a obsahují vizuální atributy genitálních signálů. Při rozvoji fetiše mohou hrát roli i jiné podněty a to zejména pak ty čichové (Weiss, 2010, s. 480).

Mezi tři základní kategorie sexuálních signálů patří preference na určité části těla, na neživé prodloužení těla (oblečení, prádlo, boty apod.) a na specifické látky (latex, kůže, apod.)

(Weiss, 2010, s. 480).

### **5.2.2.6 Transvestitismus**

K vzrušení u této deviace dochází při převlékání se do šatů opačného pohlaví a eventuálně i vystupování v roli opačného pohlaví. I přes toto jednání a dámské oblečení se muž cítí být mužem a bývá tedy zachována příslušnost k vlastnímu pohlaví (Weiss, 2010, s. 481-482).

Zde spatřujeme zásadní rozdíl mezi tranvestitismem a transexualismem, u něhož nacházíme plné rozpojení biologického a psychologického pohlaví (Weiss, 2010, s. 481-482).

Již v dětství můžeme u mnoha tranvestitů spatřit tzv. jev cross-dressing, tedy převlékání se do šatů opačného pohlaví. Nejdříve je toto užíváno k masturbačním aktivitám, později se toto jednání může automatizovat od primárně sexuálního účelu k prevenci tenze (napětí) a úzkosti. Pro psychickou pohodu obvykle potřebuje tranvestit pod běžným oděvem mít alespoň část ošacení určeného opačnému pohlaví. Není-li tomu tak a nemá-li možnost převleku, dostavuje se zmíněná tenze a frustrace (pocit zklamání či pocit ze zmaru). Cross-dressing nenacházíme v dětství jen u budoucích tranvestitů, nevyvine-li se však sexuální motivace cross-dressing postupně úplně vymizí (Weiss, 2010, s. 481-482).

### **5.2.2.7 Jiné deviace v objektu**

Zde máme zahrnuty ty deviace, jež by svým charakterem mohli být zařazeny pod fetišismus, ale pro svou specifičnost a nezvyklost objektů jsou popisovány jako jiné deviace v objektu (Weiss, 2010, s. 482).

#### **5.2.2.7.1 Nekrofilie**

O nekrofilii mluvíme tehdy, je-li přítomna preference být v přítomnosti mrtvého těla, fascinace vším kolem pohřbů a mrtvol nebo aktivity, které směřují k líbání, objímání, cunnilingus (orální stimulování vnějších ženských rodidel jazykem) až anální či vaginální souloži s mrtvým tělem (Weiss, 2010, s. 482).

Často si takto orientovaní devianti nalézají pracovní pozice v místech, kde jim je umožněno naplnit své potřeby (Weiss, 2010, s. 482).

U pravých nekrofilů nespátřujeme přílišnou společenskou nebezpečnost, toto však v žádném případě neplatí u nekrofilních sadistů, kteří jsou vzrušováni usmrcováním svých obětí

nebo zabitím pro možnost další manipulace s mrtvým tělem (Weiss, 2010, s. 482).

#### **5.2.2.7.2 Zoofilie**

Hlavní preferencí u této deviace jsou zvířata jako sexuální objekty. Do zdejších aktivit můžeme zahrnout felaci (orální sexuální uspokojování partnera), cunnilingus, anální či vaginální soulož a taktéž masturbaci objektu. Preferuje-li člověk sexuální kontakty se zvířecími objekty, ačkoliv je mu dostupný adekvátní lidský sexuální partner, mluvíme o zoofilii v pravém slova smyslu (Weiss, 2010, s. 482-483).

Tuto parafilii nacházíme v populaci oproti zoofilnímu chování mnohem vzácněji. K zoofilnímu chování může docházet v případech oslabeného vědomí, například alkoholem, a při současné nemožnosti sexuální realizace s přiměřeným sexuálním partnerem, kdy je tedy zvířecí objekt dostupnější (Weiss, 2010, s. 482-483).

#### **5.2.2.7.3 Pyrofilie**

Též označovány termíny pyrolagnie, pyropatie, sexuální pyromanie. Jedná se o sexuální vzrušení vyvolávané ohněm, přičemž je často spojena se zakládáním požárů. U mužů s touto deviací se jedná často o osoby s blízkým profesionálním vztahem k ohni, jako jsou dobrovolní či profesionální hasiči (Weiss, 2010, s. 483).

Pro diagnostiku této parafilie jsou nutné některé podmínky. Jednou z nich je založení prvního ohně nejpozději do 21 let věku. Další podmínkou je objevení se sexuálního vzrušení při založení prvního nebo druhého ohně. Zakládání ohňů je v krátkých intervalech nepřesahujících většinou jeden měsíc. Při založení ohně nebo hoření dojde k uvolnění sexuálního napětí, tyto ohně jsou většinou zakládány na menších objektech, jako je seno, papír, tráva (Weiss, 2010, s. 483).

#### **5.2.2.8 Další možné deviace v objektu**

Mysofilie je deviací která se zaměřuje na nečistoty na těle partnera či prostředky menstruační hygieny (Weiss, 2010, s. 483).

Urofilie je deviace blízká mysofilii, u které je vyvoláváno vzrušení močí a manipulací s ní, či nechání se pomočit (Weiss, 2010, s. 483).

Koprofilie nebo též exkrementofilie blízká urofilii a mysofilii, kdy je vzrušení vyvoláváno

výkaly a manipulací s nimi, či nechání se pokálet (Weiss, 2010, s. 483).

Akrotomofilie je deviace zaměřující se na partnery s amputovanými končetinami či zaměření a manipulace s protézami amputovaných končetin (Weiss, 2010, s. 483).

Gerontofilie, u této deviace spatřujeme preference k partnerovi se zřetelnými znaky involuce s minimálním rozdílem jedné generace (Weiss, 2010, s. 483).

Somnofilie je erotické zaměření se na spícího partnera (Weiss, 2010, s. 483).

Statutofilie, zde se vyskytuje erotický zájem o sochy (Weiss, 2010, s. 483).

Nejsou zde vyjmenovány všechny jiné deviace v objektu, neboť objektem deviantního erotického zájmu mohou být mnohé další předměty či činnosti (Weiss, 2010, s. 483).

### **5.2.3 Kombinované a polymorfní deviace**

Kombinované sexuální deviace jako např. pedofilní sadismus, fetišistický sadomasochismus aj. jsou charakterizovány kombinací několika deviantních preferencí současně (Weiss, 2010, s. 483).

Obraz velmi mnohotvárné deviantní preference nasvědčuje pro deviaci polymorfní. Polymorfní deviant může být současně velmi psychopatickou osobností, což vyvolává pochybnosti, zda neobvyklost a mnohotvárnost sexuality u takovéto osobnosti není jen projevem obecné bizarnosti celé osobnosti takového člověka (Weiss, 2010, s. 483).

### **5.2.4 Sexuální deviace u žen**

Z klinických zkušeností lze předpokládat, že deviantních žen je podstatně méně než deviantních mužů. Společnost bývá k nekonformním (nesouhlasným, neodpovídajícím) projevům žen tolerantnější, nežli u mužů. U řady lidí přežívá obraz feminity, tedy obraz ženy jako pečující matky. Taktéž jsou ženy více vnímány jako oběti sexuální dominance a sexuálního násilí ze strany mužů (Weiss, 2010, s. 483-484).

Pedofilní delikty u žen nalzáme často typu incestního, v případě sexuálně násilných činů nacházíme u pachatelek takovýchto činů často psychiatrickou diagnózu, sociální a vzdělanostní dovednosti bývají často podprůměrné, nezřídka u nich nalezneme závislost na alkoholu či drogách (Weiss, 2010, s. 483-484).

### 5.3 Klasifikace dle MKN 10

Mezinárodní klasifikace nemocí, kterou publikovala Světová zdravotnická organizace v 10. revizi, jenž byla u nás aktualizována v druhé verzi k 1.1.2013, obsahuje v 5. kapitole s názvem "Duševní choroby a poruchy chování" pod kódovým označením F65 "Poruchy sexuální preference" (MKN-10, 2013, s. 233).

Parafilie jsou podle této klasifikace charakterizovány "sexuálními impulzy", fantaziemi nebo praktikami, které jsou neobvyklé, deviantní nebo bizarní" (Weiss, 2010, s. 469).

Weis (2010) popisuje, že mezi obecná diagnostická kritéria parafilií dle MKN 10 patří tyto podmínky:

- *„jedinec opakovaně prožívá intenzivní sexuální touhy a fantazie týkající se neobvyklých objektů nebo aktivit*
- *jedinec buď touhám vyhoví, nebo je jimi citelně obtěžován*
- *preference je přítomna nejméně 6 měsíců“* (Weiss, 2010, s. 469)

#### 5.3.1 F65 Poruchy sexuální preference

##### 5.3.1.1 F65.0 Fetišismus

Spoléhání na některé neživé předměty jako stimulus pro sexuální vzrušení a sexuální uspokojení. Mnohé fetiše jsou ve vztahu k lidskému tělu, jako oděvní součásti a obuv. Jiné běžné příklady jsou charakterizovány určitou strukturou, jako guma, plastické hmoty a kůže. Fetiše se různí ve své důležitosti pro daného jednotlivce. V některých případech jednoduše slouží ke zvýšení sexuálního vzrušení, které je docilováno normálními cestami (např. má-li na sobě část oděvu, který nosil partner) (MKN-10, 2013, s. 239-240).

##### 5.3.1.2 F65.1 Fetišistický transvestitismus

Nošení šatů opačného pohlaví, aby se dosáhlo sexuálního vzrušení, a aby se vytvořilo vzezření osoby opačného pohlaví. Fetišistický transvestitismus je odlišen od transsexuálního transvestitismu svou jasnou souvislostí se sexuálním nabuzením a silným přáním odstranit oblečení, jakmile se dostavil orgasmus a sexuální nabuzení klesá. Může se vyskytovat jako časnější fáze ve vývoji transsexualismu (MKN-10, 2013, s. 239-240).

### **5.3.1.3 F65.2 Exhibicionismus**

Recidivující nebo přetrvávající tendence ukazovat genitál cizím lidem (obvykle opačného pohlaví) nebo lidem na veřejných místech bez výzvy nebo záměru intimního kontaktu. Sexuální vzrušení se obvykle, ale ne vždy, dostavuje v době expozice a tento čin je obvykle následován masturbací (MKN-10, 2013, s. 239-240).

### **5.3.1.4 F65.3 Voyerismus**

Vracející se nebo přetrvávající tendence dívat se na osoby v sexuálním nebo intimním chování, jako je svlékání, aniž o tom pozorovaný objekt ví. Obyčejně vede k sexuálnímu vzrušení a masturbaci (MKN-10, 2013, s. 239-240).

### **5.3.1.5 F65.4 Pedofilie**

Sexuální preference dětí, buď chlapců nebo děvčat nebo obojího pohlaví, obvykle prepubertálního nebo časného pubertálního věku (MKN-10, 2013, s. 239-240).

### **5.3.1.6 F65.5 Sadomasochismus**

Preference sexuální aktivity, která zahrnuje působení bolesti, ponížení nebo omezování osobní svobody. Jestliže subjekt raději takovou stimulaci přijímá, jde o masochismus, jestliže jí sám provádí, pak jde o sadismus. Subjekt často pociťuje sexuální vzrušení jak ze sadistických, tak masochistických aktivit (MKN-10, 2013, s. 239-240).

### **5.3.1.7 F65.6 Mnohočetné poruchy sexuální preference**

Někdy se u jedné osoby vyskytne více než jedna abnormální sexuální preference a žádná není hlavní. Nejobvyklejší kombinací je fetišismus, transvestitismus a sadomasochismus (MKN-10, 2013, s. 239-240).

### **5.3.1.8 F65.8 Jiné poruchy sexuální preference**

Rozmanitost jiných vzorců sexuální preference a aktivity jako obscénní telefonické hovory, přitlačování se na lidi v tlačenici na veřejných místech z důvodu sexuální stimulace, sexuální aktivity se zvířaty a vlastní škrcení nebo vyvolávání mozkové anoxie pro větší intenzitu sexuálního vzrušení (MKN-10, 2013, s. 239-240).

### **5.3.1.9 F65.9 Porucha sexuální preference NS**

Sexuální deviace NS (nespecifikovaná) (MKN-10, 2013, s. 239-240).

## **6 TERAPIE MUŽŮ S PARAFILÍ**

Terapeutické aktivity se v rámci specializované léčby sexuálních delikventů zaměřují jak u nás tak i ve světě na pomoc pacientovi při řešení problémů, které mu jeho nekonformní sexuální chování či cítění přináší, jednak pak i na jeho následnou resocializaci a readjustaci (přizpůsobení). To se děje na základě pochopení adaptačních mechanismů, formou sociálního, psychologického poradenství i individuální specializované terapeutické péče (Weiss, 2010, s. 496).

Terapeutické programy zahrnují celou škálu farmakoterapeutických, psychoterapeutických a sociálních opatření umožňujících návrat do společnosti (Weiss, 2010, s. 496).

### **6.1 Psychoterapie**

Psychoterapie je druh léčby, jenž bývá nejčastěji definován jako druh léčby, který za pomoci psychologických prostředků pomáhá klientům zlepšit jejich život. Psychoterapie je používána na zvyšování dovedností v interpersonálních vztazích přičemž se dále snaží zvyšovat toleranci vůči emocionálnímu stresu (Fifková, 2008, s. 85).

#### **6.1.1 Nespecifická psychoterapie**

Bývá obsažena v rámci celého procesu a je dána zejména vztahem mezi klientem a terapeutem. Při tomto typu terapeut působí na klienty kontinuálně, nespecifikovaně a necíleně, přičemž jsou tyto prvky dány terapeutovým postojem a chováním v rámci terapeutického vztahu (Fifková, 2008, s. 85).

#### **6.1.2 Specifická psychoterapie**

Specifická psychoterapie je přesně vymezená, cíleně indikovaná, terapeutem doporučená a klientem vyžádaná (Fifková, 2008, s. 85).

### **6.2 Biologická léčba**

Soubor léčby sexuálních delikventů postižených poruchou sexuální preference se často doplňuje biologickými léčebnými metodami, mezi tyto metody patří hormonální útlumová léčba, léčba neuroleptiky i jinými psychofarmaky, chirurgickými výkony jako je orchiektomie. Samotná biologická léčba nemění kvalitativně narušenou sexuální motivaci (Pavlovský, 2012, s. 191).

*„Biologická léčba pouze snižuje sexuální spontaneitu pacienta a tím mu umožňuje, aby své chování lépe kontroloval.“ (Pavlovský, 2012, s. 191).*

### **6.2.1 Psychofarmaka**

Zvěřina a Weis (2012) uvádí, že se můžeme v řadě publikací dočíst o kazuistikách či menších souborech, zaměřených na výzkum užívání psychofarmak u parafilních sexuálních delikventů. Velká studie prozatím nebyla provedena, avšak v řadě prací se pak můžeme dočíst o účinnosti psychofarmak při snižování naléhavosti sexuálních motivů, kdy se jako nejspolehlivější jeví zejména užití antidepresiva SSRI. Samostatné využití psychofarmak bývá použito u méně nebezpečných parafilních delikventů - u exhibicionismu, voyérismu, fetišismu, méně nebezpečných sexuálních agresorů či kompulzivní masturbace, v ostatních případech, je-li použito psychofarmak, tak bývá využito v kombinaci s dalšími biologickými léčebnými metodami. Užívají se preparáty jako lithium karbonát, karbamazepin, TCA, mirtazapin, neuroleptika aj.

### **6.2.2 Antiandrogeny**

Čisté antiandrogeny nejsou výrazně užívány, neboť mají nižší míru účinku nežli antiandrogeny s antigonadotropním působením. Užívají se zejména cyproteron acetát a medroxyprogesteronacetát. Tyto léčivé přípravky mají prokazatelný vliv na sexuální apetenci, sexuální vzrušivost, erekci, ejakulaci, orgasmus i sexuální satisfakci (Zvěřina a Weiss, 2012 s. 21-51).

Ve většině případů jsou tyto preparáty podávány ve formě depotních injekcí, nevylučuje se však možnost podání per orální formou. Jsou-li vysazeny, dochází po době tří až šesti týdnů, nejpozději pak do tří měsíců k reversibilním změnám (Zvěřina a Weiss, 2012 s. 21-51).

Mezi vedlejší nežádoucí účinky antiandrogenů řadíme gynekomastie, pokles tělesného ochlupení, zvýšení hustoty vlasů, poškození jater, váhový přírůstek, poruchy nálad, osteoporózy, deprese, kardiovaskulární onemocnění nebo třeba diabetes (Zvěřina a Weiss, 2012 s. 21-51).

Preparáty cyproteron acetátu jsou známi jako Androcur, Androcur-depot, Cyproplex

či Cyproteronacetát. Podávají se zejména v evropských zemích (Zvěřina a Weiss, 2012 s. 21-51).

Provera, Depo-Provera či Medroplex jsou zástupci medroxyprogesteronacetátu, které jsou používány jak ve Spojených státech tak i u nás (Zvěřina a Weiss, 2012 s. 21-51).

### **6.2.3 Agonisté gonadoliberinu**

V tomto případě se jedná o jeden z neúčinnějších prostředků současné léčby parafilních delikventů. Výhodou je zde velmi nízká míra vedlejších nežádoucích účinků, to však neznamená, že by zde žádné nebyly. Při dlouhodobějším podávání se může objevit nauzea, únava, feminizace, osteoporóza a metabolický syndrom (Zvěřina a Weiss, 2012 s. 23-51).

Při podávání např. triptorelinu či leuprorelinu v dávce 3,75 mg každé čtyři až šest týdnů jsou schopné navodit přechodnou tzv. "chemickou kastraci". I zde trvá sexuální útlum po dobu účinku preparátů, kdy jsou změny opět reversibilními nejdéle pak do jednoho roku od vysazení (Zvěřina a Weiss, 2012 s. 23-51).

### **6.2.4 Orchiektomie**

Ať už mluvíme o terapeutické kastraci nebo testikulární pulpektomii či orchiektomie, máme na mysli jedno a totéž. Jedná se o zdravotní výkon, při němž se odstraňují hormonálně aktivní části pohlavních žláz u muže za účelem potlačit jeho sexualitu (Arnoldová, 2012, s. 325-326).

Tento výkon lze provést u muže, který dovršil dvacátého pátého roku života a který v minulosti spáchal násilný sexuálně motivovaný trestný čin. Jestliže u něj bylo při odborném lékařském vyšetření prokázáno, že je postižen specifickou sexuální deviací a je zde též vysoká míra pravděpodobnosti, že by v budoucnosti mohl opětovně spáchat sexuálně motivovaný trestný čin, přičemž nebyly úspěšné jiné léčebné metody (Arnoldová, 2012, s. 325-326).

Tento zákrok nezakládá možnost na propuštění u muže, který je v ochranném léčení popřípadě zabezpečovací detenci (Arnoldová, 2012, s. 325-326).

Kastraci je možné provést za předpokladu, že o ni pacient v ochranném léčení či zabezpečovací detenci sám písemně požádá a dočká se kladného stanoviska odborné komise ustanovené ministerstvem zdravotnictví a za souhlasu soudu. U pacienta,

který je léčen dobrovolně, postačuje písemná žádost s kladným vyhodnocením odborné komise (Arnoldová, 2012, s. 325-326).

K žádosti je nezbytně nutné připojit souhlasné stanovisko ošetřujícího lékaře se způsobilostí v oboru sexuologie s provedením kastrace, dále nezávislý lékařský posudek prokazující, že by se pacient ve vysoké pravděpodobnosti mohl opětovně dopustit násilného sexuálně motivovaného trestného činu. K této žádosti se taktéž přikládá popis dosavadní léčby a diagnóza. Jednání komise probíhá nejpozději do tří měsíců ode dne podání žádosti a za přítomnosti žadatele (Arnoldová, 2012, s. 325-326).

Osobám, které jsou ve výkonu vazby a trestu odnětí svobody, nelze provádět kastraci (Arnoldová, 2012, s. 325-326).

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

### 7 VÝZKUM

#### 7.1 Výzkumné otázky

1. Jak jsou muži s parafilii informováni o biologické léčbě?
2. Jaký zaujmají muži s parafilii postoj k biologické léčbě?
3. Jaké podávání léčiv více vyhovuje mužům s parafilii?
4. Pociťují na sobě muži s parafilii některé z nežádoucích vedlejších účinků?
5. Jak se muži s parafilii staví v současné době k možnosti terapeutické kastrace?

#### 7.2 Metodika výzkumu

Jedná se o práci teoreticko-výzkumnou, kdy v části teoretické nalezneme přehled parafilii, jejich klasifikace a možnosti léčby. Výzkumná část je podrobně popsána níže. K analýze dat a tvorbě grafů byl využit počítačový program MS Excel 2007.

##### 7.2.1 Výběr zkoumaného souboru

Sledovaným souborem se stali muži docházející do sexuologické ambulance a muži hospitalizovaní na sexuologickém oddělení v psychiatrické nemocnici, přičemž byl kladen důraz na to, aby se jednalo o plně svéprávné muže s parafilii.

##### 7.2.2 Výběr metody šetření

V praktické části bakalářské práce bylo pro kvantitativní výzkum zvoleno dotazníkové šetření. Dotazník je nejběžnějším nástrojem při sběru dat, sestávající se ze souboru otázek. Otázky mohou být uzavřené, kdy jsou specifikovány všechny možné odpovědi, oproti tomu u otázek otevřených může respondent odpovídat zcela dle vlastního uvážení (Kotler a Keller, 2007, s. 145).

Dotazníkové šetření má jak své výhody, tak i nevýhody. Mezi výhody dotazníkového šetření můžeme zahrnout jednoznačnou formulaci otázek bez emocí dotazovaného či možnost počítačového zpracování. Oproti tomu k nevýhodám patří nízká návratnost popřípadě neporozumění otázce s následnou špatnou odpovědí (Kutnohorská, 2009, s. 42).

### **7.2.3 Pilotní studie**

Před samotným dotazníkovým šetřením proběhla pilotní studie dne 9.12.2013, kdy bylo rozdáno 5 dotazníků. Při jejich vyhodnocení byla pouze upravena srozumitelnost některých otázek.

### **7.2.4 Organizace výzkumu**

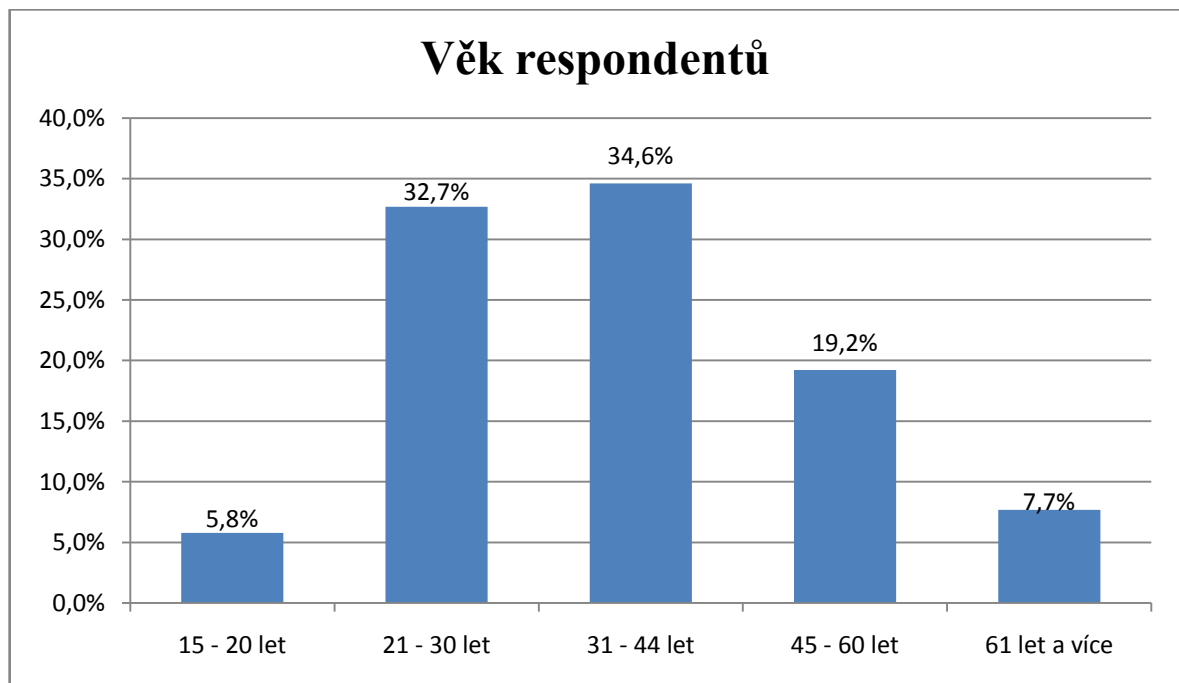
K samotnému sběru dat, který proběhl od 1.1.2014 do 31.3.2014, byl tedy využit nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce sestávající se z šestnácti otázek, přičemž jej tvořilo čtrnáct otázek uzavřených, kdy mohli respondenti vybírat u třinácti otázek vždy jen jednu možnost, u jedné otázky pak mohli vybrat nanejvýš tři možnosti. Dále v dotazníku byly dvě otázky otevřené, v jedné z nich respondenti odpovídali, do jaké patří skupiny poruch sexuálních preferencí a u druhé zapisovali věk, v kterém by byli ochotni podstoupit orchiektomii. První dvě otázky jsou tzv. nezávisle proměnné zahrnující věk a dosažené vzdělání, následující otázky jsou zorným polem dotazníku.

Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků. 34 dotazníků bylo rozdáno na sexuologickém oddělení, kde byli muži s parafilii motivováni k vyplnění dotazníku získáním kladného terapeutického bodu, což mělo za následek plnou návratnost. V sexuologické ambulanci, která je při sexuologickém oddělení, bylo mužům s parafilii docházejícím do ambulance rozdáno 26 dotazníků, z nich se navrátilo 20 dotazníků, 2 dotazníky byly však neúplně vyplněny a tudíž došlo k jejich vyřazení. Návratnost plně vyplněných dotazníků ze sexuologické ambulance činila tedy 69,2 %. V celkovém počtu dotazníků jak ze sexuologického oddělení, tak ze sexuologické ambulance činila návratnost plně vyplněných dotazníků 86,6 %.

## 8 PREZENTACE VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

V následující části jsou popsány výsledky dotazníkového šetření, kdy je každá otázka opatřena grafem s následným komentářem.

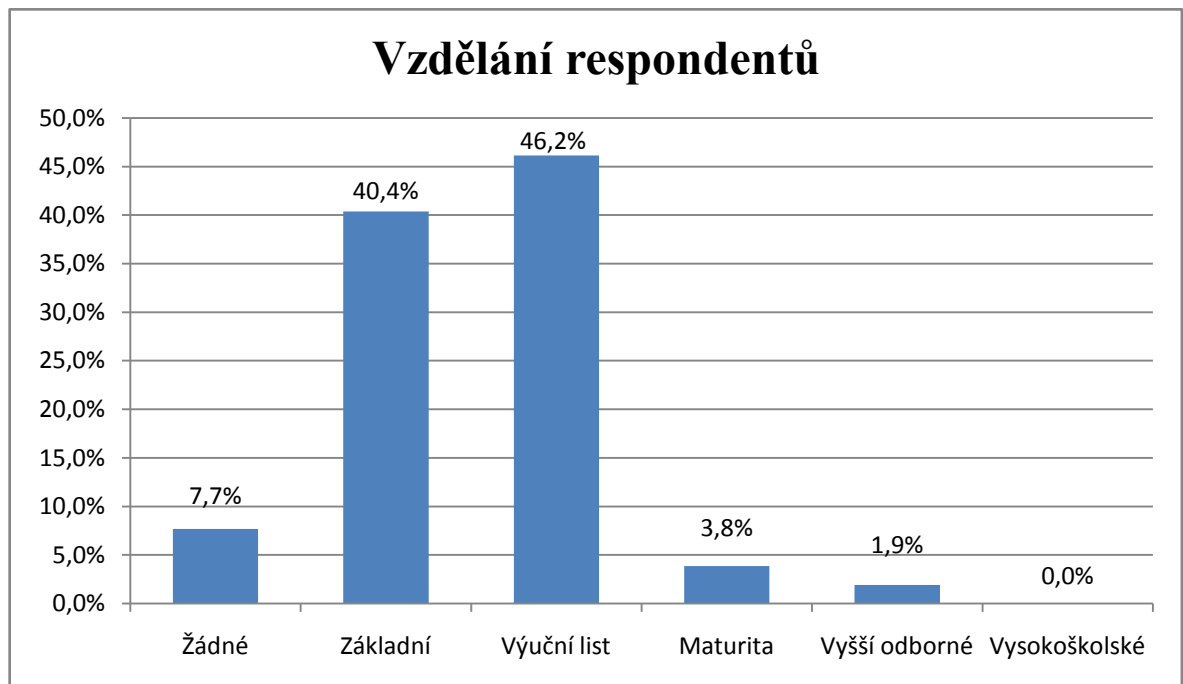
Otázka č. 1 - Do jaké věkové skupiny patříte?



**Obrázek 1** Graf věku respondentů (Zdroj: autor)

Na obrázku č. 1 vidíme věkové rozložení souboru. Rozpětí jednotlivých věkových skupin je upraveno dle Zacharové (2011). Z celkového počtu respondentů ( $n=52$ ) jsou 3 respondenti ve věku adolescence a jedná se o nejméně početnou skupinu v souboru. Ve věku časně dospělosti se nachází 17 respondentů, čímž se tato skupina řadí k druhé nejpočetnější. Největší skupinu tvoří respondenti střední dospělosti, kterých je 18. Třetí nejpočetnější skupinou souboru jsou respondenti řadící se do pozdní dospělosti, jichž je 10. 4 respondenti se řadí do věkové skupiny nad 61 let, kdy začíná rané stáří.

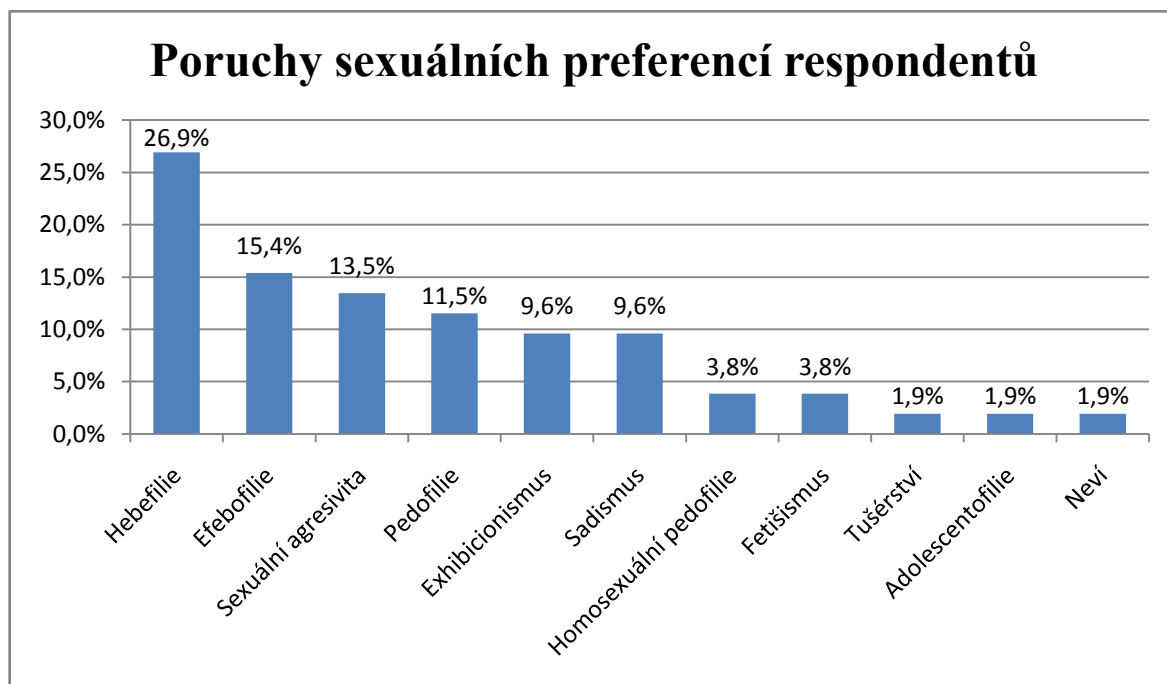
Otázka č. 2 - Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



**Obrázek 2** Graf dosaženého vzdělání respondentů (Zdroj: autor)

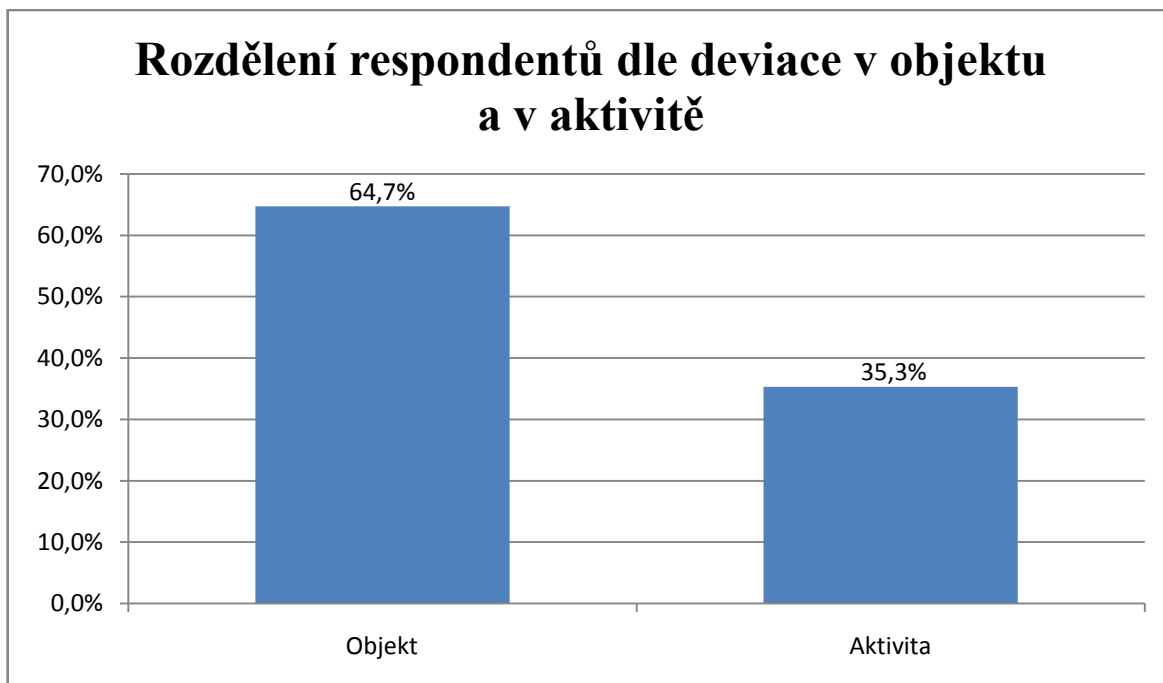
Na obrázku č. 2 si můžeme povšimnout, jakého nejvyššího vzdělání dosáhli respondenti. Ve zkoumaném souboru nemají žádné vzdělání 4 respondenti. Základního vzdělání dosáhlo 21 respondentů. Středoškolské studium zakončené získáním výučního listu získalo 24 respondentů a jedná se o nejpočetnější část zkoumaného souboru. 2 respondenti vystudovali středoškolské studium zakončené maturitou. Vyšší odborné vzdělání získal jeden respondent a na vysokoškolské vzdělání nedosáhl nikdo ze zkoumaného souboru.

Otázka č. 3 - Jakou poruchou sexuální preference (deviací) trpíte? Vypište:



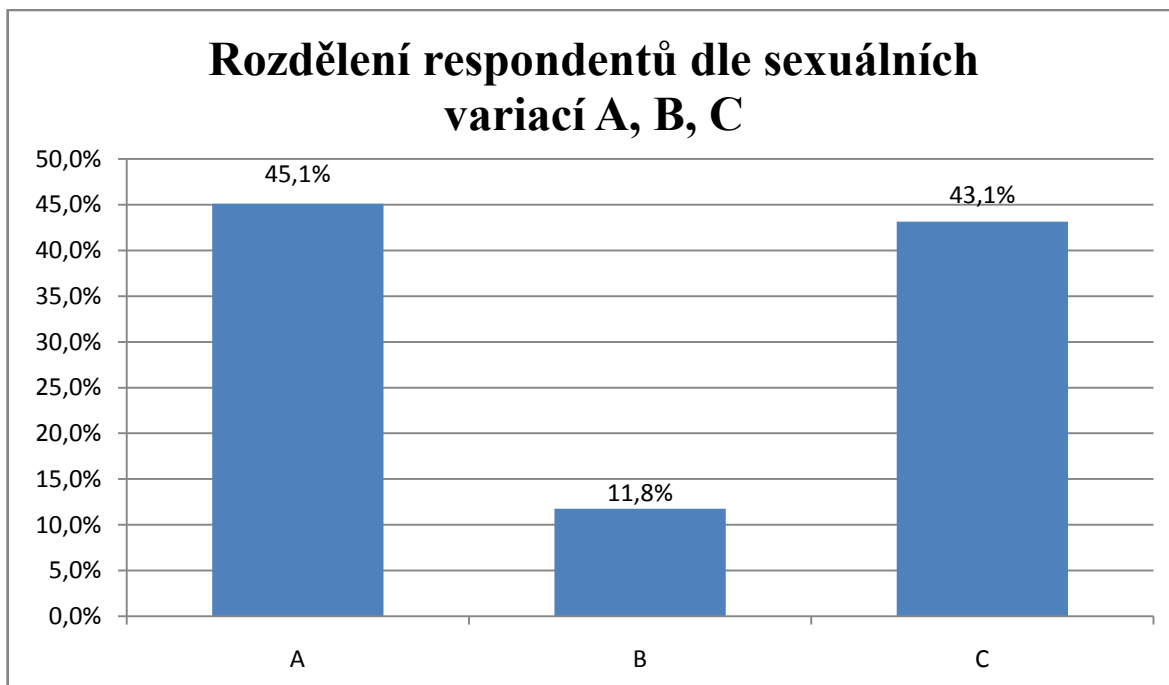
**Obrázek 3** Graf poruch sexuálních preferencí respondentů (Zdroj: autor)

V třetí otázce dotazníku, měli respondenti za úkol napsat, jakou poruchou sexuální preference trpí. Rozložení souboru můžeme vidět na obrázku č. 3. Nejvíce respondentů, tedy 14 se zařadilo k hebefilii. 8 respondentů se přiřadilo k efebofilii. Sexuální agresivitou je v souboru postiženo 7 respondentů. 6 respondentů je ve zkoumaném souboru pedofiliních. Mezi exhibicionisty se zařadilo 5 respondentů a stejné množství respondentů se zařadil k poruše sexuální preference sadismu. Homosexuální pedofilie a fetišismus nám v souboru tvoří shodně po 2 respondentech. Po 1 respondentu se zařadilo k tušérství, adolescentofilii a shodné množství respondentů nevědělo, jakou poruchou sexuální preference je postiženo.



**Obrázek 4** Graf rozdělení respondentů dle deviace v objektu či aktivitě (Zdroj: autor)

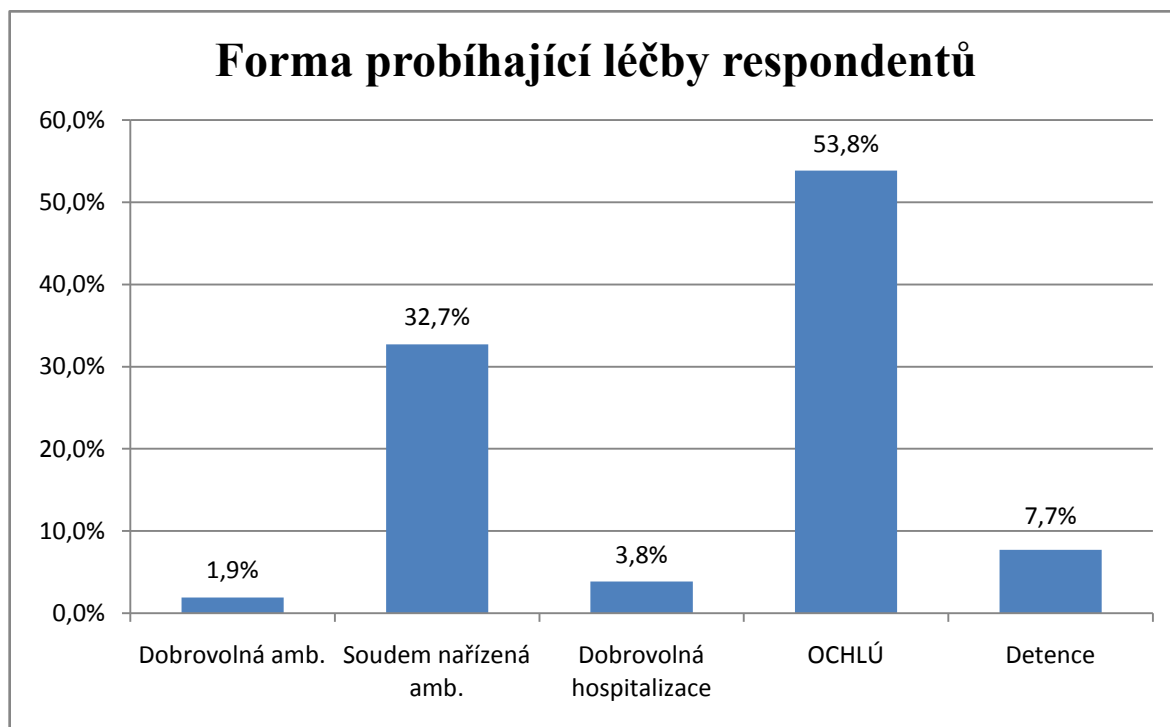
Z obrázku č. 4 máme možnost porovnat kolik respondentů, kteří věděli, jakou poruchou sexuální preference trpí ( $n=51$ ), je postiženo deviací v objektu a kolik v aktivitě. Deviací v objektu je postiženo více jak polovina respondentů, tedy 33 respondentů, a deviací v aktivitě je postiženo 18 respondentů.



**Obrázek 5** Graf rozdělení respondentů dle druhu sexuálních variací (Zdroj: autor)

Rozdělíme-li respondenty do skupin dle tří základních druhů sexuálních variací, pak zjistíme, že 23 respondentů se řadí do skupiny A s atypickou náplní sexuálně motivačního systému, jak je patrné z obrázku č. 5. Do skupiny B, charakterizovaným koordinační chybou, řadíme 6 respondentů a do skupiny C, kde chybí mužům s parafilii část sexuálně motivačního systému se řadí 22 respondentů.

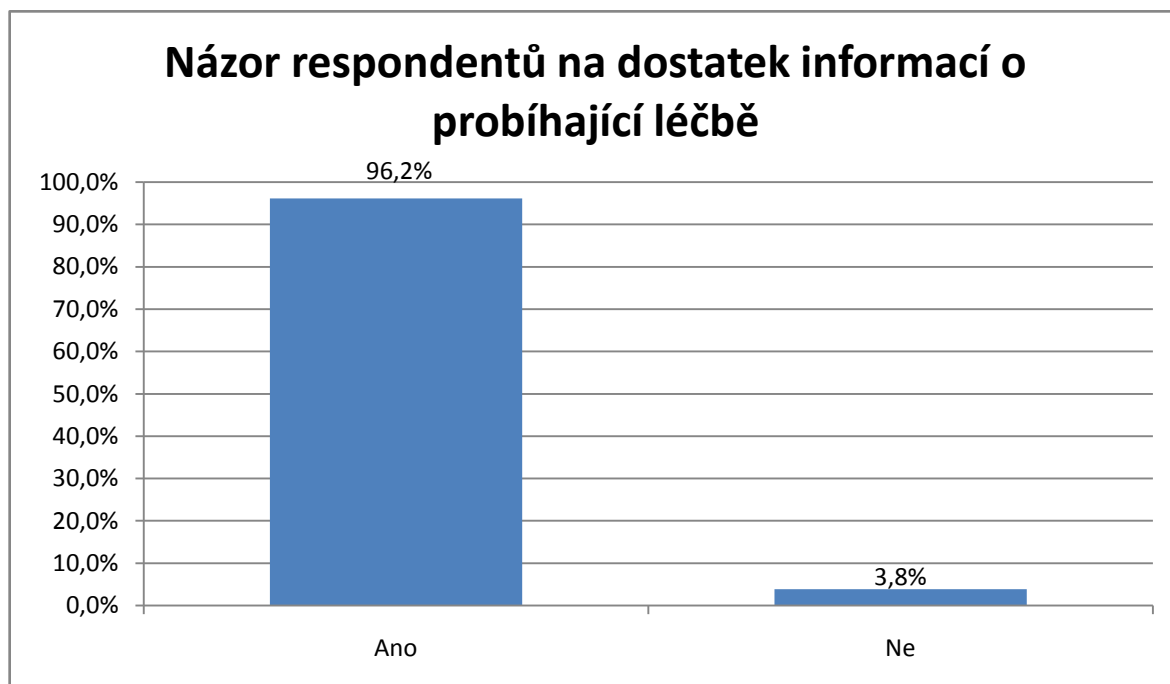
Otázka č. 4 - Jaká forma léčby u Vás probíhá?



**Obrázek 6** Graf formy probíhající léčby respondentů (Zdroj: autor)

Jednotlivé druhy probíhající léčby vidíme na obrázku č. 6. Na dobrovolnou ambulantní léčbu dochází 1 respondent. Soudem nařízenou ochrannou léčbu ambulantní má ve zkoumaném souboru 17 respondentů. K dobrovolné hospitalizaci na sexuologickém oddělení se řadí 2 respondenti. Nejpočetnější skupinu ve zkoumaném souboru nám tvoří muži hospitalizovaní na sexuologickém oddělení s nařízenou ochrannou léčbou ústavní, což nám činí 28 respondentů. 4 hospitalizovaní respondenti nesouhlasící s hospitalizací jsou hospitalizováni na tzv. detenci (hospitalizace bez písemného souhlasu pacienta).

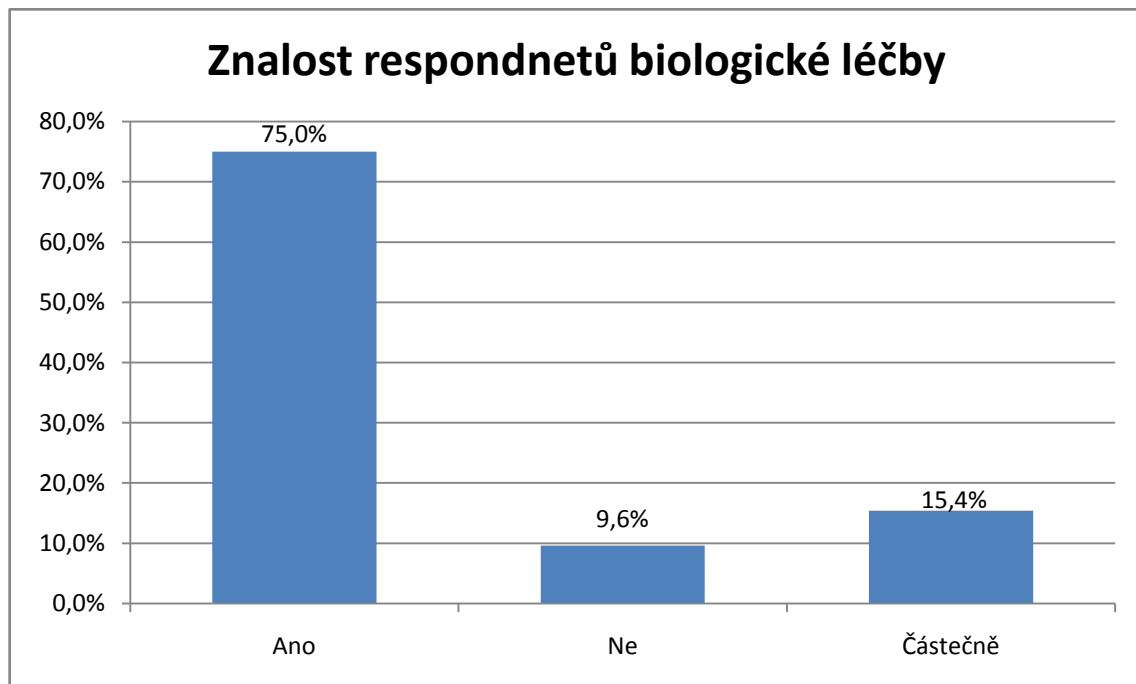
Otázka č. 5 - Myslíte si, že máte dostatek informací o probíhající léčbě?



**Obrázek 7** Graf informovanosti respondentů o probíhající léčbě (Zdroj: autor)

O tom, zdali jsou respondenti informováni o probíhající léčbě, poukazuje obrázek č. 7, kde vidíme, že 50 respondentů má ze svého pohledu informace o probíhající léčbě a 2 respondenti se domnívají, že nemají dostatečné informace o probíhající léčbě.

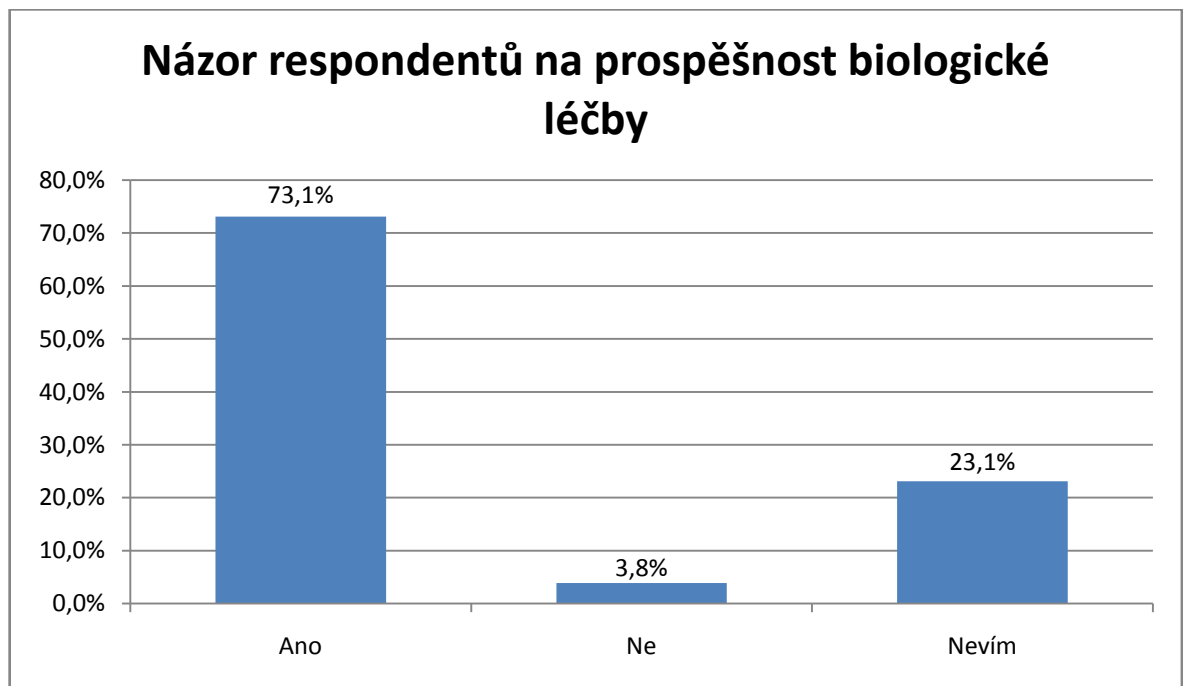
Otázka č. 6 - Víte, co je to biologická léčba a jak působí?



**Obrázek 8** Graf znalosti biologické léčby (Zdroj: autor)

Obrázek č. 8 nás informuje o povědomí biologické léčby z pohledu respondentů, kdy 39 respondentů ví, co je to biologická léčba. Žádné povědomí o této léčbě nemá 5 respondentů a 8 respondentů ze souboru má částečné informace o biologické léčbě.

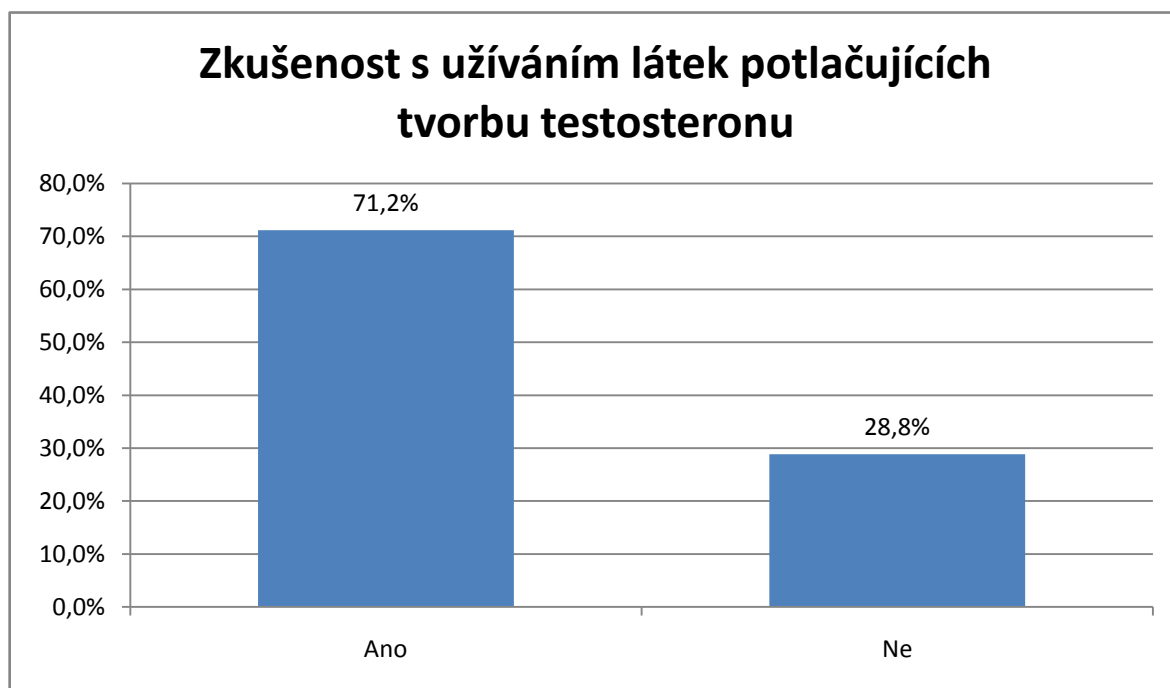
Otázka č. 7 - Myslíte si, že je biologická léčba při léčbě parafílie prospěšná?



**Obrázek 9** Graf názoru na prospěšnost biologické léčby u poruch sexuálních preferencí (Zdroj: autor)

O prospěšnosti biologické léčby u poruch sexuálních preferencí z pohledu respondentů nás informuje obrázek č. 9, na kterém vidíme, že 38 respondentů ze zkoumaného souboru má pozitivní náhled na biologickou léčbu. Oproti tomu negativně pohlíží na biologickou léčbu 2 respondenti a 12 respondentů neví, zdali je, či není biologická léčba u poruch sexuálních preferencí prospěšná.

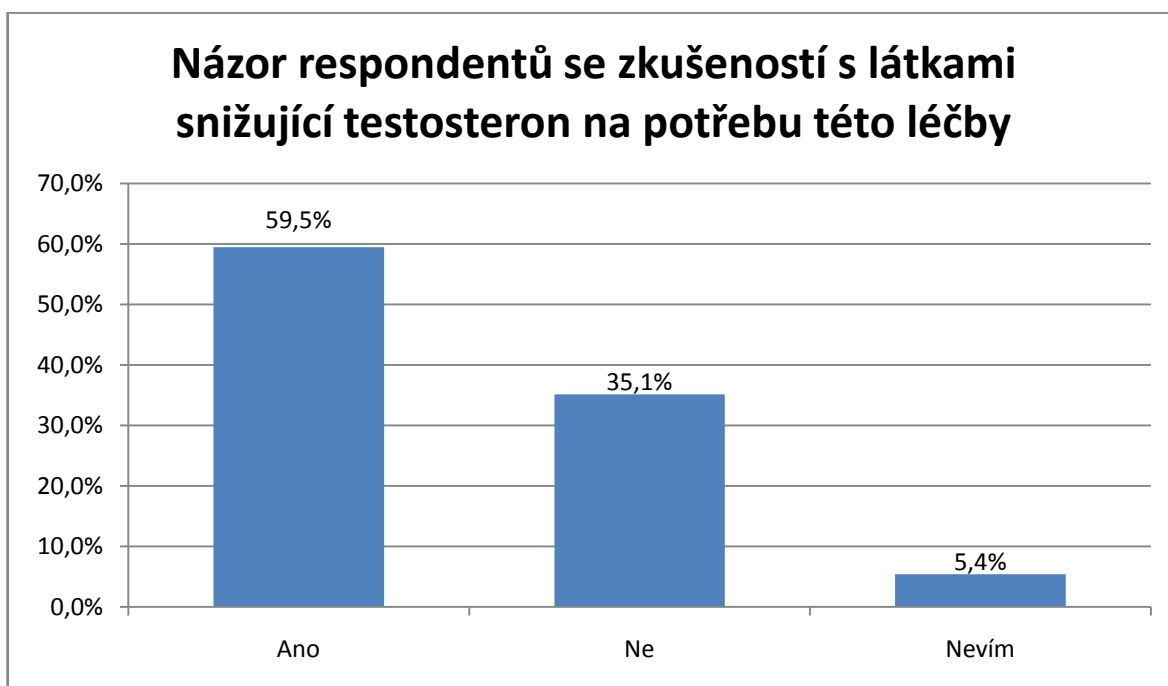
Otázka č. 8 - Užíval jste nebo v současné době užíváte některé z látek potlačujících tvorbu testosteronu?



**Obrázek 10** Graf užívání látek potlačujících tvorbu testosteronu (Zdroj: autor)

Vlastní zkušenost respondentů s užíváním látek potlačujících tvorbu testosteronu spatřujeme na obrázku č. 10, kde vidíme, že 37 respondentů má zkušenost s užíváním látek potlačujících tvorbu testosteronu. Žádnou zkušenost s užíváním těchto látek nemá 15 respondentů.

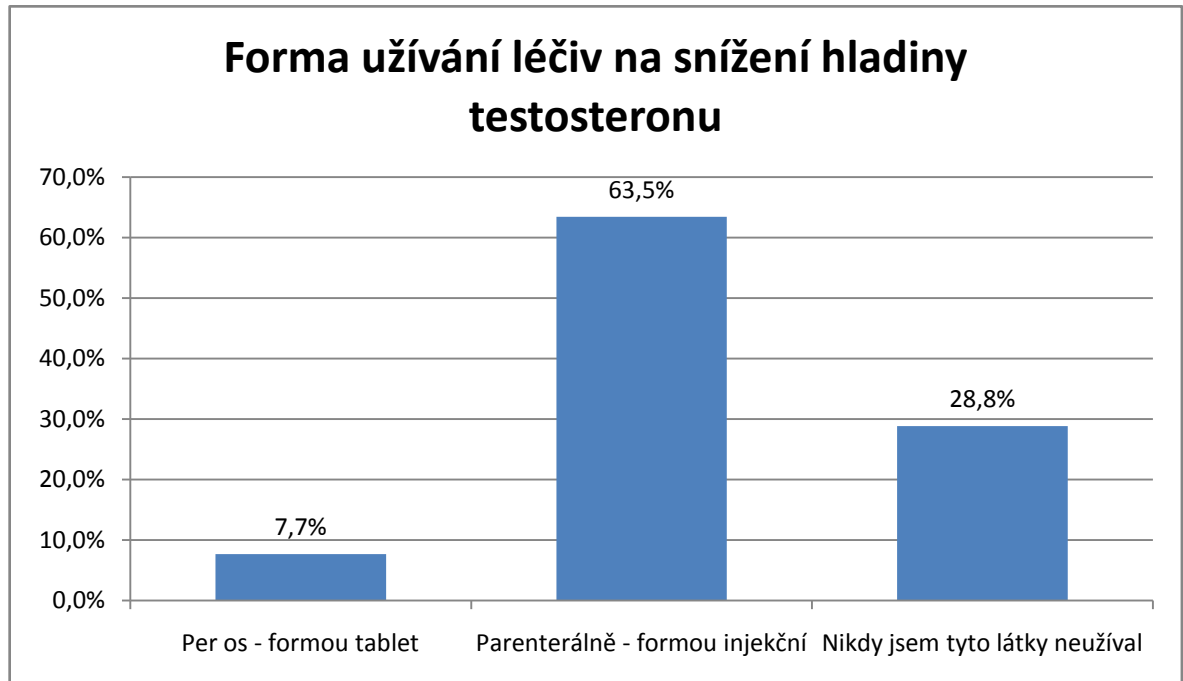
Otázka č. 9 - Myslíte si, že látky potlačující tvorbu testosteronu jste potřeboval nebo je nyní potřebujete?



**Obrázek 11** Graf názoru na potřebu léčby snižující tvorbu testosteronu (Zdroj:autor)

Obrázek č. 11 nás informuje o tom, jaký mají názor respondenti (n=37) se zkušeností s látkami potlačující tvorbu testosteronu na potřebu této léčby. 22 respondentů se zkušeností s užíváním látek potlačujících tvorbu testosteronu se domnívá, že tyto látky potřebují nebo potřebovali. Opačný názor zastává 13 respondentů a 2 respondenti nevědí, zdali potřebují nebo potřebovali tyto látky potlačující tvorbu testosteronu.

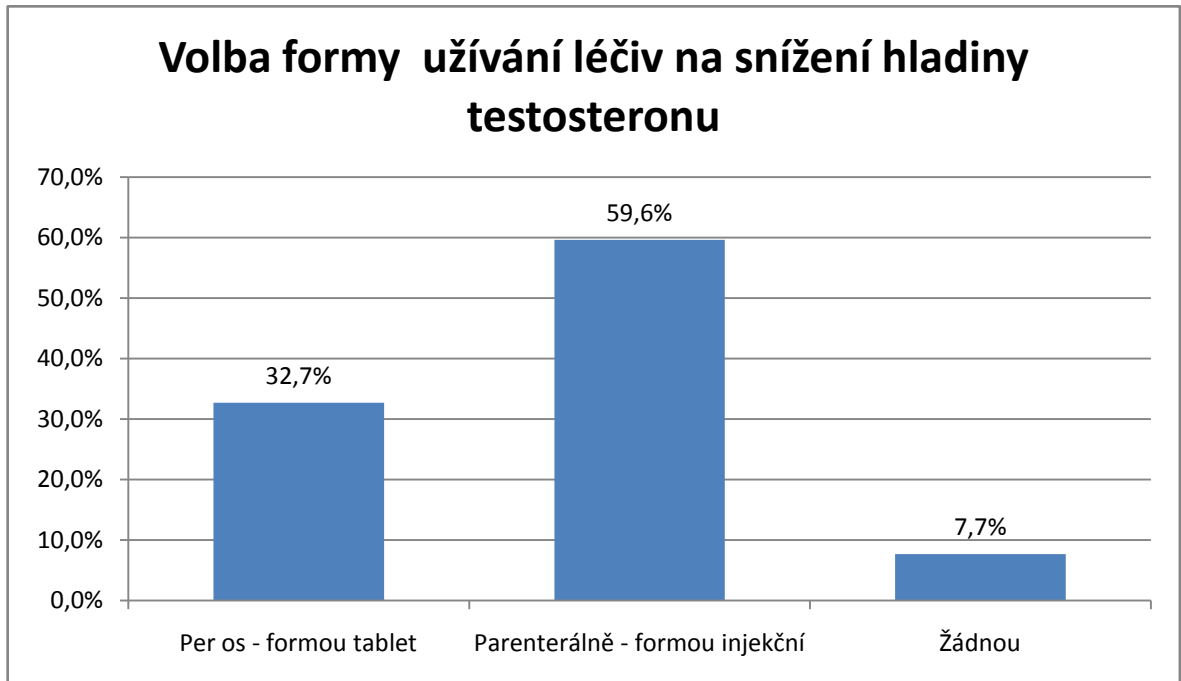
Otázka č. 10 - Jakou formou jste tyto látky užíval nebo užíváte?



**Obrázek 12** Graf užívání léčiv na snížení testosteronu (Zdroj: autor)

O formě užívání léčiv respondentů (n=52) nás informuje obrázek č. 12. V něm vyčteme, že 4 respondenti užívali nebo užívají léčiva formou per orální, tedy ve formě tablet. Parenterální injekční formou užívalo nebo užívá tyto léčiva 33 respondentů a 15 respondentů nikdy tyto látky neužívalo.

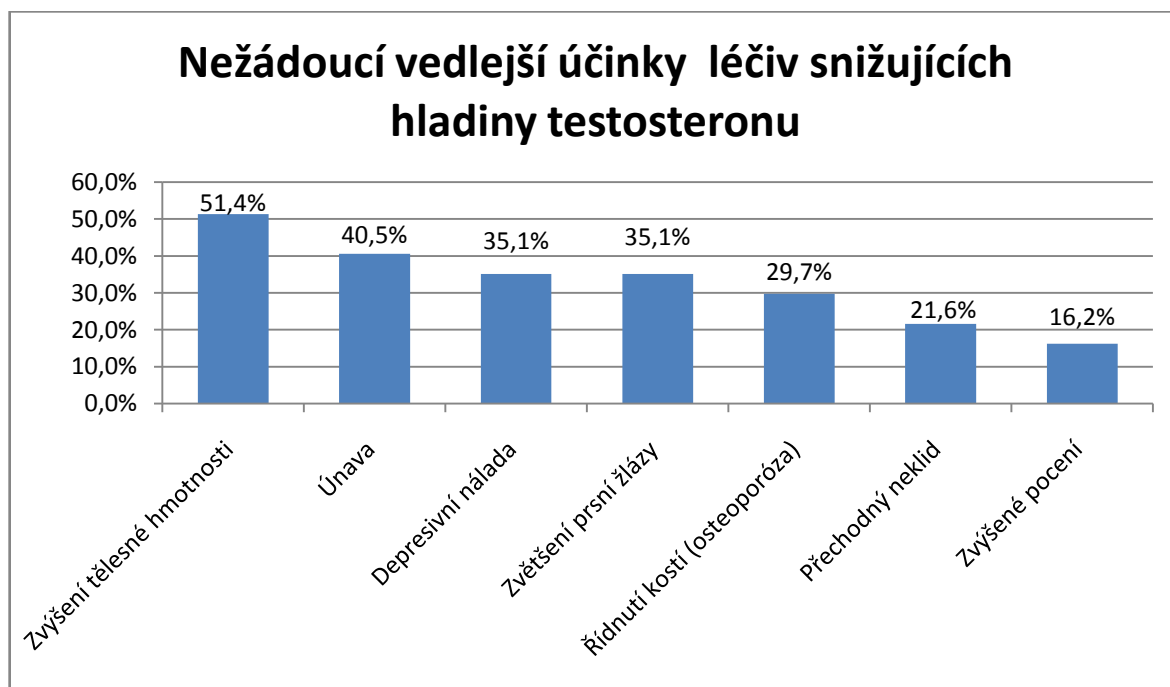
Otázka č. 11 - Jakou formu byste Vy sám volil?



**Obrázek 13** Graf volby respondentů k jednotlivým možnostem podání léčiv (Zdroj: autor)

O tom, jakou by volili respondenti formu užívání látek potlačujících tvorbu testosteronu, nás informuje obrázek č. 13. Vidíme, že 17 respondentů by volilo formu tablet, tedy užívání léků per os. K parenterální injekční formě by se přiklonilo 31 respondentů a žádnou formu by nevolili 4 respondenti.

Otázka č. 12 - Objevil se u Vás některý z následujících nežádoucích vedlejších účinků?



**Obrázek 14** Graf NVÚ u respondentů po nebo při užívání látek snižující hladinu testosteronu (Zdroj: autor)

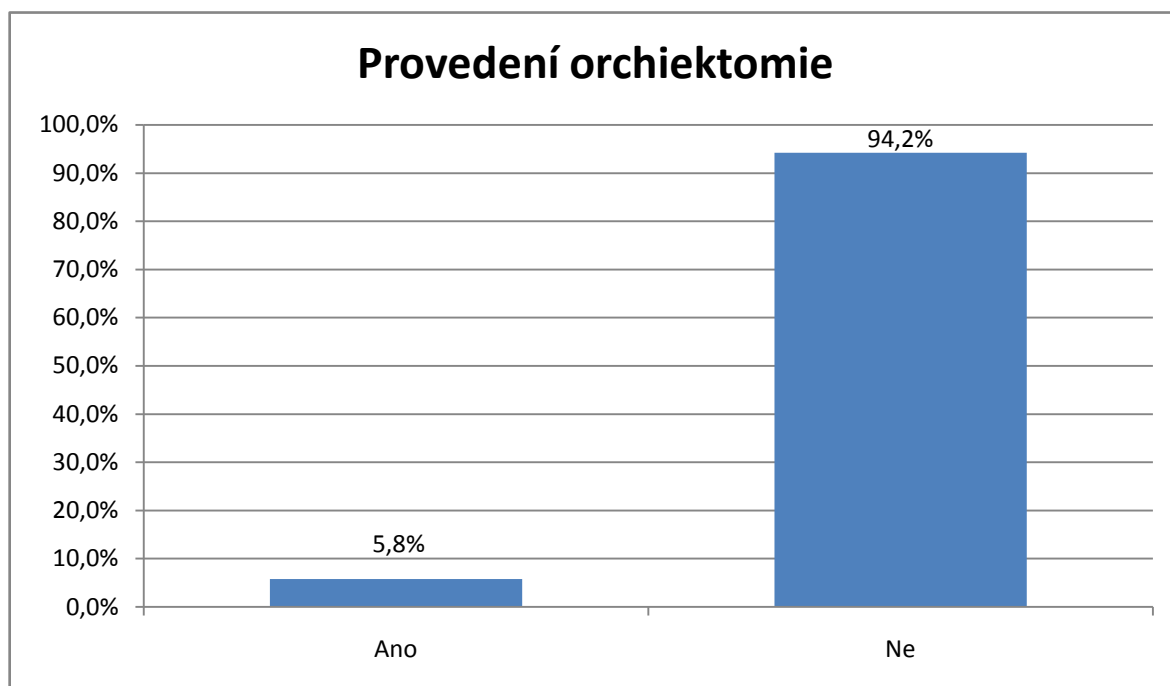
U otázky č. 12 v dotazníku, kde měli respondenti možnost označit maximálně tři možnosti, byla vyjmenována řada nežádoucích vedlejších účinků, ty nejčastěji označené můžeme vidět na obrázku č. 14. Nežádoucí vedlejší účinky na sobě pociťovalo 35 respondentů z celkového množství respondentů (n=37), kteří měli zkušenost s užíváním látek potlačujících tvorbu testosteronu, ve zkoumaném souboru.

Mezi vůbec nejčastější vedlejší nežádoucí účinek, který respondenti označili, patří zvýšení tělesné hmotnosti, a to u 19 respondentů. Následovala únava, kterou na sobě pociťovalo 15 respondentů. Shodný počet 13 respondentů na sobě pociťovalo depresivní náladu a zvětšení prsní žlázy. 11 respondentů označilo řídnutí kostí – osteoporózu. Přechodný neklid pociťovalo 8 respondentů a zvýšené pocení udává 6 respondentů.

Následující sporadicky zatržené možnosti nejsou součástí obrázku č. 12. Jedná se o dechovou tíseň, vyrážky a návaly horka, tyto možnosti byly shodně označeny u 3 respondentů. Komplikace po injekčním podání, jaterní komplikace či snížení tělesné hmotnosti označili 2 respondenti. Tvorba krevních sraženin se vyskytla u 1 respondenta.

V 86,5 % (n=32) případech, využili respondenti možnosti tří označení, v 8,1 % (n=3) případech zahrkli respondenti 2 možnosti a v 5,4 % (n=2) případech neoznačili žádnou možnost.

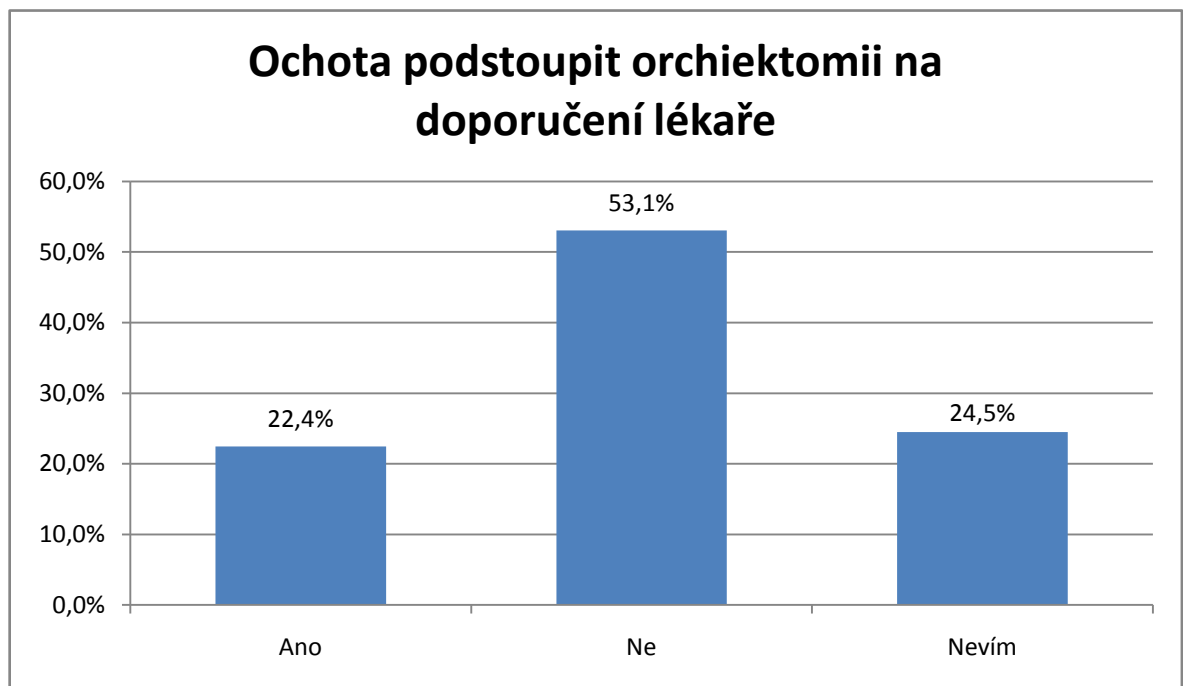
Otázka č. 13 - Byla u Vás provedena orchiektomie (kastrace)?



**Obrázek 15** Graf provedení orchiektomie u repondentů (Zdroj: autor)

O tom, u kolika respondentů ze zkoumaného souboru (n=52) byla provedena orchiektomie, nás informuje obrázek č. 15, v kterém vidíme, že u 3 respondentů byla provedena orchiektomie a tito respondenti dále již neoznačovali žádné možnosti. U 49 respondentů orchiektomie provedena nebyla, což mělo za příčinu označení otázek č. 14, 15 a 16.

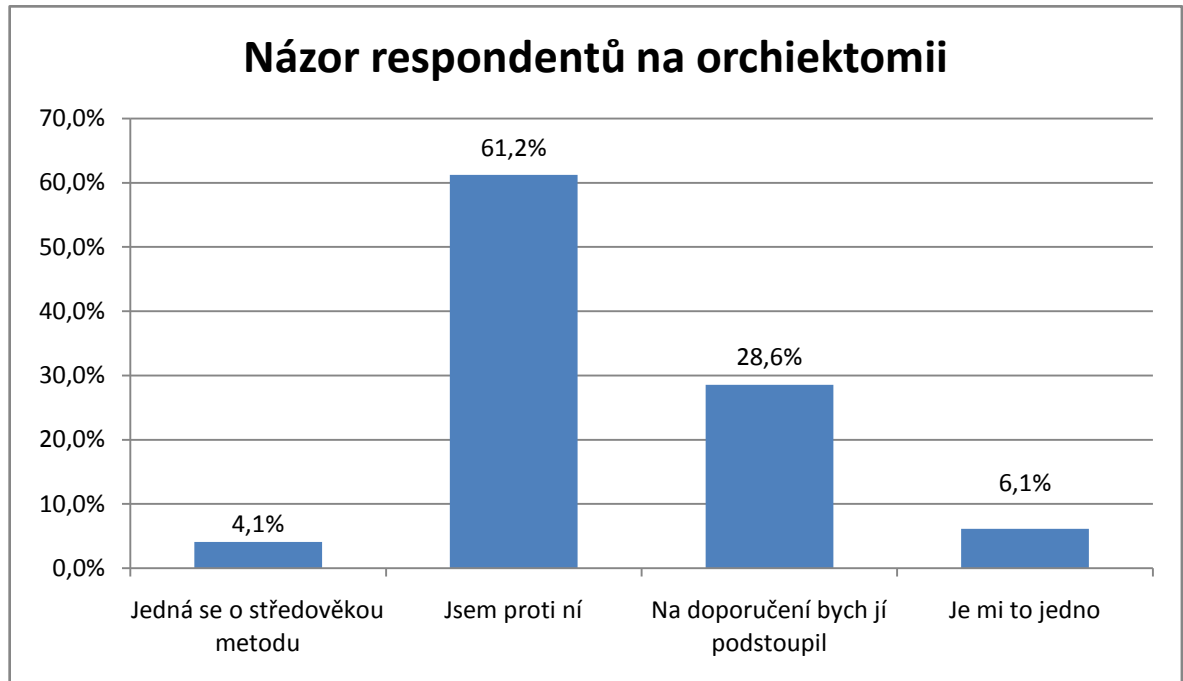
Otázka č. 14 - Byl byste v případě doporučení lékaře ochoten podstoupit orchiektomii, jestliže by předchozí léčebná snažení byla neúspěšná?



**Obrázek 16** Graf podstoupení orchiektomie na doporučení lékaře (Zdroj: autor)

Obrázek č. 16 nás informuje o tom, zda by respondenti (n=49) ze zkoumaného souboru, u kterých nebyla provedena orchiektomie, tento zákrok podstoupili na doporučení lékaře. Kladnou odpověď označilo 11 respondentů. 26 respondentů by se tomuto zákroku nepodrobilo ani na doporučení lékaře a 12 respondentů neví, zda by se tomuto zákroku podrobilo.

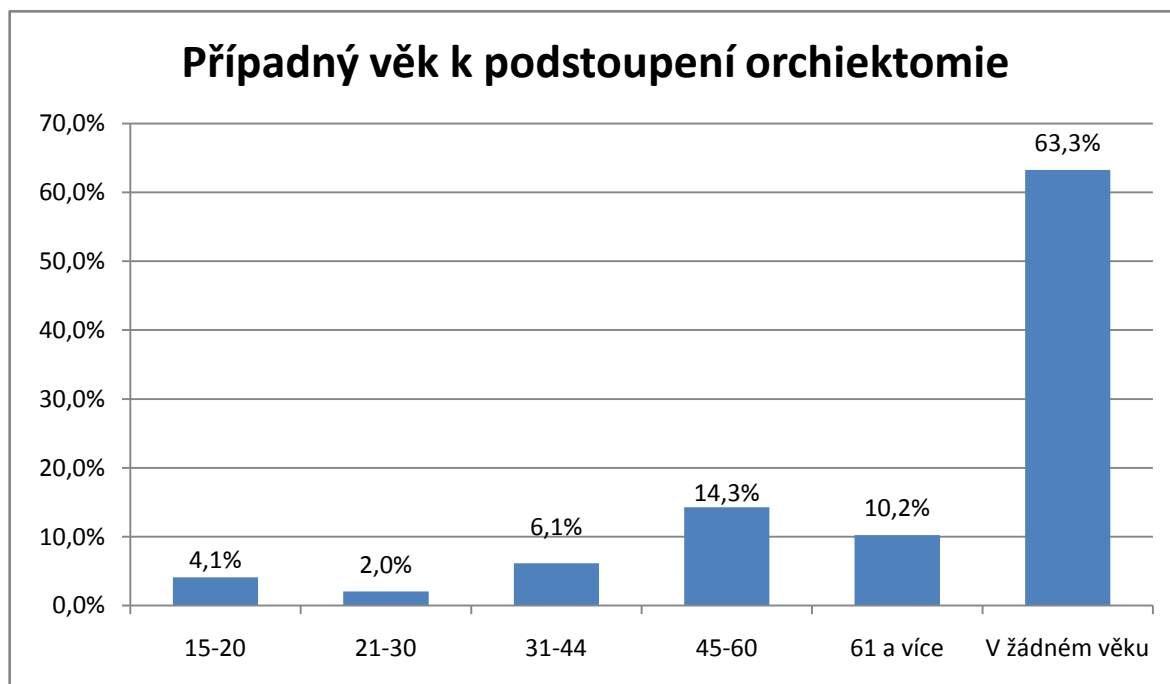
Otázka č. 15 - Jaký je Váš postoj k orchiektomii?



**Obrázek 17** Graf názoru respondentů na orchiektomii (Zdroj: autor)

Jak můžeme vyčíst z obrázku č. 17, více jak polovina respondentů nemá kladný názor na orchiektomie. 2 respondenti se kloní k názoru, že se jedná o středověkou metodu a 30 respondentů je proti tomuto zákroku. Na doporučení by tento zákrok podstoupilo 14 respondentů a 3 respondenti označili možnost, v které uvádí, že je jim to jedno.

Otázka č. 16 - V jakém případném věku byste byl ochoten orchiektomii podstoupit?



**Obrázek 18** Graf případného věku k podstoupení orchiektomie z pohledu respondentů (Zdroj: autor)

Obrázek č. 18 nás informuje o tom, v jakém případném věku by byli respondenti ochotni podstoupit orchiektomii. Poté, co respondenti napsali případný věk, v kterém by byli ochotni orchiektomii podstoupit, bylo pro přehlednější zpracování použito jednotlivé zařazení do věkových kategorií dle Zacharové (2011).

V adolescenci by byli ochotni tento zákrok podstoupit 2 respondenti. 1 respondent by byl ochoten podstoupit orchiektomii ve věku mladé dospělosti, v období střední dospělosti by tento zákrok podstoupili 3 respondenti a v období pozdní dospělosti by se tomuto zákroku podrobilo 7 respondentů. Po šedesátém prvním roce, kdy začíná rané stáří, by orchiektomii podstoupilo 5 respondentů. Více jak polovina respondentů, celkem 31, odpověděla, že by na tento zákrok nešla v žádném věku.

## 9. DISKUZE

Ve výzkumné části bakalářské práce, která byla provedena formou nestandardizovaných dotazníků vlastní konstrukce, si můžeme povšimnout jak běžných jevů, jakož je věkové rozložení respondentů, tak ale i několika jevů o poznání zajímavějších. Jedním takovým je vzdělání respondentů (n=52), kdy nám 94,3 % (n=49) zkoumaného souboru dosáhlo k maximálnímu vzdělání zakončeného získáním výučního listu. Maturitu či vyšší odborné vzdělání získalo 5,8 % (n=3) respondentů. Zajímavým úkazem je, že v souboru se nenašel nikdo s vysokoškolským vzděláním.

V následující části diskuse bychom se zabývali jednotlivými výzkumnými otázkami a jejich vyhodnocením.

### **Výzkumná otázka č. 1: Jak jsou muži s parafilii informováni o biologické léčbě?**

Na sexuologickém oddělení psychiatrické nemocnice, kde bylo dotazníkové šetření prováděno, je jedním ze základních pilířů léčby vzdělávání mužů s parafilii, kde se vzdělávají a získávají informace o vlastní poruše ale i o dalších poruchách sexuálních preferencí s následnými možnostmi léčby. I díky tomuto vzdělávání by neměla být míra nevědomosti natolik hluboká, což nám také potvrzují získaná data v odstavcích níže.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že většina dotazovaného souboru, celkem 96,2 % (n=50) respondentů, shledává, že má dostatek informací o probíhající léčbě. Je tedy zřejmé, že základní informace o léčbě respondenti zcela nepochybně dostávají.

Znalost biologické léčby již není tak výrazná, nicméně ji nacházíme u 75,0 % (n=39) respondentů, ostatní respondenti mají o této léčbě jen částečné nebo žádné povědomí. Musíme zde však přihlídnout k okolnosti, že ne všichni respondenti musí biologickou léčbu podstupovat, a tím pádem nemusí být z jejich strany o tyto informace takový zájem. Vzdělanost respondentů v tomto směru můžeme hodnotit jako uspokojivou i vzhledem k dosaženému vzdělání v souboru respondentů.

### **Výzkumná otázka č. 2: Jaký zaujímají muži s parafilii postoj k biologické léčbě?**

Tuto výzkumnou otázku jsme si položili, abychom zjistili, jak se staví sami muži s parafilii k biologické léčbě. Jak popisuje Pavlovský (2012), jen vzácně je zahajováno léčení sexuálních delikventů na jejich vlastní žádost, a nejen proto se tedy podíváme na to, k jakým

výsledkům jsme zde dospěli. I vzhledem k tomu, že je ve zkoumaném souboru 53,8 % (n=28) respondentů na sexuologické ochranné léčbě ústavní, 32,7 % (n=17) respondentů dochází na soudně nařízenou sexuologickou léčbu ambulantní a 7,7 % (n=4) respondentů je hospitalizováno na tzv. detenci.

Poměrně velká část respondentů uvádí, že je biologická léčba u poruch sexuálních preferencí prospěšná, celkem tak uvedlo 73,1 % (n=38) respondentů. 3,8 % (n=2) respondentů odpovědělo, že tato léčba není prospěšná a 23,1 % (n=12) respondentů nemá vyhraněný názor.

Z tohoto pohledu se jeví, že muži s parafilii zastávají pozitivní či neutrální postoj k této léčbě, avšak u 37 respondentů, kteří mají zkušenost s látkami potlačujícími tvorbu testosteronu již tak kladné hodnoty nevidíme. Z těchto respondentů uvedlo, že tyto látky nepotřebuje 35,1 % (n=13) respondentů a 5,4 % (n=2) respondentů neví, zda je potřebuje či nikoliv. 59,5 % (n=22) respondentů se domnívá, že tyto látky potřebuje.

Vidíme zde, že ne všichni respondenti zcela souhlasí s podáváním látek potlačujících testosteron, pozitivně se k této léčbě staví více jak polovina respondentů, je tedy patrné, že s ostatními respondenty je potřeba dále probírat informace týkající se vlastní léčby.

### **Výzkumná otázka č. 3: Jaké podávání léčiv více vyhovuje mužům s parafilii?**

V praxi se lze občas setkat s žádostí o změnu formy užívání léčiv od hospitalizovaných mužů s parafilii. Na to jaká forma mužům s parafilii vyhovuje více, odpovídají následné části diskuse.

63,5 % (n=33) respondentů látky snižující testosteron užívá parenterální formou injekčního podání, 7,7 % (n=4) respondentů tyto látky užívá ve formě tablet a 28,8 % (n=15) tyto látky nikdy neužívalo.

Z respondentů, kteří užívají tyto látky formou tablet, by jinou metodu nevolil nikdo. Z respondentů, kteří užívají tyto látky injekčně, by k per orálnímu užívání přešlo 21,2 % (n=7) respondentů a 3,0 % (n=1) respondentů by nevolilo žádnou metodu.

Jak můžeme vidět, v daleko větší míře jsou léčiva snižující hladiny testosteronu podávány formou injekcí. U takto podávaných léčiv má ošetřující personál jistotu toho, že takto aplikovaný lék je opravdu podaný a vstřebá se. U léku podaného ve formě tablety je riziko, že jej muž s parafilii, který nesouhlasí s léčbou, neužije, může jej schovat v dutině

ústní popřípadě jej na toaletě vyzvracet. Jinak zde můžeme říci, že z respondentů užívajících léčiva na snížení hladin testosteronu by necelá jedna čtvrtina přešla od injekčního podávání k per orálnímu a můžeme tedy říci, že je více vyhovující injekční aplikace, která je i méně časově náročná, neboť se jedná o aplikaci v horizontu většinou čtrnácti dnů.

#### **Výzkumná otázka č. 4: Pociťují na sobě muži s parafilii některé z nežádoucích vedlejších účinků?**

Podíváme-li se na tuto výzkumnou otázku, pak zjistíme, že jen 5,4 % (n=2) respondentů na sobě nepozorovalo žádný z nežádoucích vedlejších účinků. V ostatních případech využili respondenti minimálně dvou možností a to přesně 8,1 % (n=3) respondentů, tři možnosti označilo 86,5 % (n=32) respondentů.

Je tedy naprosto zřejmé, že v případě podávání látek snižující hladiny testosteronu můžeme předpokládat vyskytnutí se nežádoucích vedlejších účinků. Jak popisuje Weiss (2010), většina vedlejších tělesných účinků antiandrogenů je po vysazení léčby reverzibilních a změny nálad, únavy či přírůstek tělesné hmotnosti v prvních týdnech užívání nejsou indikací k přerušování terapie. Většinu z těchto jmenovaných obtíží respondenti označili v dotazníku.

Můžeme tedy předpokládat, že pokud je mužům s parafilii nasazena biologická léčba, lze předpokládat vyšší výskyt nežádoucích vedlejších účinků.

#### **Výzkumná otázka č. 5: Jak se muži s parafilii staví v současné době k možnosti terapeutické kastrace?**

Zajímalo nás, jak se sami muži staví k možnosti terapeutické kastrace, zejména poté, co z veřejných sdělovacích prostředků slyšíme, jaký je vyvíjen tlak na Českou republiku z řad evropského společenství, aby bylo od této metody zcela upuštěno, můžeme taktéž slyšet, že se naše republika v tomto směru vrací do středověku. Nejen tyto věci bude v dubnu 2014 prošetřovat Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání.

Z celkového počtu respondentů (n=49), kteří nepodstoupili orchiektomii, by ji na doporučení lékaře podstoupila necelá jedna čtvrtina, což nám činí 22,4 % (n=11) respondentů. Ani na doporučení lékaře by ji nepodstoupilo 53,1 % (n=26) respondentů a 24,5 % (n=12) respondentů neví, zda by na doporučení lékaře tento zákrok podstoupila.

Podíváme-li se dál, zjistíme, že více jak polovina respondentů zastává radikální názor na tuto metodu a nepodstoupila by ji v žádném věku.

## 10 ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zaměřili na muže s parafilií a jejich náhled na biologickou léčbu. Zabývali jsme se informovaností mužů s parafilií ohledně probíhající léčby, jejich přístupem k biologické léčbě, formou užívání léčiv, jejich nežádoucími vedlejšími účinky či náhledem na terapeutickou kastraci.

Zkoumaný soubor tvořili muži s parafilií docházející do sexuologické ambulance nebo hospitalizovaní na sexuologickém oddělení psychiatrické nemocnice. Výzkum probíhal formou dotazníkového šetření, kdy se rozdávali respondentům nestandardizované dotazníky vlastní konstrukce. Z jejich vyhodnocení jsme dospěli k závěrům, že informovanost mužů s parafilií ohledně probíhající léčby je na velmi dobré úrovni, s biologickou léčbou jsou z větší části taktéž obeznámeni a můžeme být tedy s celkovou informovaností spokojeni. Ohledně postoje mužů s parafilií k biologické léčbě, jsme zjistili, že téměř tři čtvrtiny z nich uvádějí, že biologická léčba je prospěšná, avšak více jak jedna třetina mužů, kteří mají zkušenost s touto léčbou, si myslí, že látky snižující testosteron nepotřebuje. Dále jsme zjistili, že mužům s parafilií vyhovuje více injekční podání léků, až na pár výjimek, které by volili změnu a přešli by raději na per orální užívání léků. Ohledně vedlejších nežádoucích účinků při užívání látek snižujících hladiny testosteronu můžeme říci, že se objevují u velkého množství mužů, kteří tyto látky užívají. Na terapeutickou kastraci v zásadě muži s parafilií ve většině případů pohlížejí negativně a nepodstoupilo by ji v žádném věku.

Tyto otázky a odpovědi na ně jsme řešili, abychom více porozuměli mužům s parafilií při použití biologické léčby a abychom věděli, jak přistupovat k mužům s parafilií při probíhající léčbě.

Přínos práce vidíme v zjištění dat, která vzešla z dotazníkového šetření a která nám dovolují porozumět více mužům s parafilií při použití biologické léčby.

Ze zjištěných dat můžeme vyvodit několik závěrů pro praxi. Jedním z nich, který hodnotíme jako velmi důležitý, je všímavost zdravotnického personálu směrem k nežádoucím vedlejším účinkům biologických léčiv používaných v léčbě parafilních mužů. Nežádoucí účinky na sobě pozorovali téměř všichni muži, kteří přišli do kontaktu s těmito léčivy.

Jedním ze zajímavých jevů bylo vzdělání respondentů. Nemůžeme se tedy od tohoto jevu přemístit dále bez položení si otázky: Cožpak muži s parafilií dosahují obecně jen nižšího

vzdělání nebo snad parafilní jedinci s vyšším vzděláním své činy více promýšlí, či je snad udrží v mezích zákona? Nyní se výsledek nedozvíme, nicméně jako námět na další výzkumné šetření můžeme tento jev použít.

Na práci bychom v budoucnu rádi navázali rozšířením oblasti potýkající se s nežádoucími vedlejšími účinky biologických léčiv používaných při léčbě parafilí. Je zřejmé, že eliminace nežádoucích vedlejších účinků není jednoduchou věcí, nicméně je jistě možné snížit dopady v časném zjištění vedlejších nežádoucích účinků a snaha snížit co možná nejvíce jejich další dopad.

# 11 POUŽITÁ LITERATURA

## I. Tištěné zdroje:

1. ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální zabezpečení I*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3724-9.
2. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4788-0.
3. DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3240-4.
4. FIFKOVÁ, Hana et al. *Transexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1696.
5. KOLÁŘSKÝ, Aleš. 2008. *Jak porozumět sexuálním deviacím*. Praha: Galen, 2008. ISBN 978-80-7262-504-8.
6. KOTLER, Philip a Kevin Lane KELLER. *Marketing management*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1359-5.
7. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
8. MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1521-6.
9. PAVLOVSKÝ, Pavel et al. *Soudní psychiatrie a psychologie: 4., aktualizované vydání*. Praha: Grada, 2012. 978-80-247-4332-5.
10. TROJAN, Stanislav et al. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0512-5.
11. WEISS, Petr et al. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. 978-80-247-2492--8.
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mezinárodní klasifikace nemocí*. Přeložil Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013. ISBN 978-80-904259-0-3
13. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka Šimíčková-Čížková. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.
14. ZVĚŘINA, Jaroslav. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno: Cerm, 2003. 80-7204-264-5.

## **II. Elektronické zdroje:**

1. ZVĚŘINA, Jaroslav a Petr WEISS. *Doporučené postupy v terapii parafilních sexuálních delikventů* [online]. 2013, [cit. 13-12-2013]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/doporucene-postupy-v-terapii-parafilnich-sexualnich-delikventu\\_7653\\_2849\\_29.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/doporucene-postupy-v-terapii-parafilnich-sexualnich-delikventu_7653_2849_29.html)

## 12 PŘÍLOHY

Příloha A <i>Dotazník</i> .....	73
Příloha B <i>Datová matice</i> .....	77
Příloha C <i>Datová matice – otázka č. 12</i> .....	80

## Příloha A *Dotazník*

Vážení pánové,

jmenuji se David Vošický a jsem studentem 3. ročníku Univerzity Pardubice oboru Všeobecná sestra – forma kombinovaná. Chtěl bych Vás požádat o spolupráci při vyplnění dotazníku, který mi slouží k vypracování výzkumné části mé bakalářské práce. Ta je na téma „Náhled mužů s parafilií na hormonální tlumení za použití biologické léčby“.

Cílem tohoto dotazníku, který je anonymní, je zjistit, zda zaujímají muži s parafilií kladný či záporný postoj k biologické léčbě, jaká forma užívání preparátů používaných při biologické léčbě je pro muže s parafilií z jejich pohledu nejvhodnější, zdali na sobě muži s parafilií pozorují některé z nežádoucích účinků při užívání preparátů používaných při biologické léčbě a jaký mají muži s parafilií náhled na orchiektomii (kastraci).

Předem děkuji za vyplnění dotazníku. S pozdravem David Vošický

1. Do jaké věkové skupiny patříte?

- 15 - 20 let
- 21 - 30 let
- 31 - 44 let
- 45 - 60 let
- 61 let a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Žádné
- Základní
- Středoškolské bez maturity (výuční list)
- Středoškolské s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

3. Jakou poruchou sexuální preference (deviací) trpíte? Vypište:

- .....

4. Jaká forma léčby u Vás probíhá?

- Dobrovolná ambulantní léčba
- Soudem nařízená ochranná ambulantní léčba
- Dobrovolná hospitalizace na sexuologickém oddělení
- Soudem nařízená ochranná sexuologická léčba na sexuologickém oddělení
- Nedobrovolná hospitalizace na sexuologickém oddělení – tzv. detence

5. Myslíte si, že máte dostatek informací o probíhající léčbě?

- Ano
- Ne

6. Víte, co je to biologická léčba a jak působí?

- Ano
- Ne
- Částečně

7. Myslíte si, že je biologická léčba při léčbě parafilie prospěšná?

- Ano
- Ne
- Nevím

8. Užíval jste nebo v současné době užíváte některé z látek potlačujících tvorbu testosteronu?

- Ano
- Ne

9. Myslíte si, že látky potlačující tvorbu testosteronu jste potřeboval nebo je nyní potřebujete?

- Ano
- Ne
- Nevím

10. Jakou formou jste tyto látky užíval nebo užíváte?

- Per orálně - formou tablet
- Parenterálně - formou injekční
- Nikdy jsem tyto látky neužíval

11. Jakou formu byste Vy sám volil?

- Formu tablet - per orální - každodenní užívání
- Formu injekční - parenterální - aplikace přibližně každých 14 dní
- Žádnou formu

12. Objevil se u Vás některý z následujících nežádoucích vedlejších účinků?

(Zatrhněte 3 nejčastější)

- Komplikace po injekčním podání - absces
- Jaterní toxicita, včetně žloutenky, zánětu jater (hepatitida), jaterního selhání
- Zvýšení tělesné hmotnosti
- Snížení tělesné hmotnosti
- Depresivní nálada
- Přechodný neklid
- Zvětšení prsní žlázy
- Únava
- Návaly horka
- Zvýšené pocení
- Dechová tíseň
- Vyrážka
- Alergické reakce (hypersenzitivita)
- Nezhoubné (benigní) a zhoubné (maligní) jaterní tumory
- Vnitřní krvácení (nitrobřišní krvácení)
- Tvorba krevních sraženin (tromboembolické příhody)
- Řídnutí kostí (osteoporóza)
- Chudokrevnost (anémie)

13. Byla u Vás provedena orchiektomie (kastrace)?

- Ano
- Ne

Jestliže ne, odpovězte na následující otázky:

14. Byl byste v případě doporučení lékaře ochoten podstoupit orchiektomii, jestliže by předchozí léčebná snažení byla neúspěšná?

- Ano
- Ne
- Nevím

15. Jaký je Váš postoj k orchiektomii?

- Jedná se o středověkou metodu, srovnatelnou s mučením
- Jsem proti ní
- Na doporučení bych jí podstoupil
- Je mi to jedno

16. V jakém případném věku byste byl ochoten orchiektomii podstoupit?

- V ..... letech.

(Zdroj: autor)

Příloha B *Datová matice*

Odpověď	Otázka č. 1					Otázka č. 2						Otázka č. 3	Otázka č. 4				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6		1	2	3	4	5
Celkem	3	17	18	10	4	4	21	24	2	1	0		1	17	2	28	4
Respondent																	
1.				1				1				sexuální agresivita					1
2.				1			1					efebofilie					1
3.		1				1						exhibicionismus		1			
4.	1					1						pedofilie					1
5.				1				1				hebefilie		1			
6.					1					1		pedofilie					1
7.				1				1				hebefilie					1
8.		1					1					sexuální agresivita					1
9.				1				1				sadismus					1
10.			1					1				sadismus		1			
11.		1					1					efebofilie					1
12.		1					1					hebefilie					1
13.		1					1					fetišismus		1			
14.		1						1				hebefilie	1				
15.			1					1				hebefilie		1			
16.			1					1				hebefilie					1
17.			1				1					sexuální agresivita					1
18.				1				1				hebefilie					1
19.					1			1				efebofilie		1			
20.			1					1				efebofilie		1			
21.		1					1					exhibicionismus					1
22.			1					1				efebofilie		1			
23.		1					1					hebefilie					1
24.			1				1					efebofilie					1
25.				1				1				efebofilie					1
26.	1						1					jiné			1		
27.					1		1					hebefilie					1
28.		1				1						exhibicionismus					1
29.			1						1			homosexuální pedofilie					1
30.		1				1						pedofilie					1
31.			1					1				sadismus					1
32.			1				1					sexuální agresivita					1
33.			1					1				sadismus		1			
34.		1						1				tušerství					1
35.			1						1			adolescentofilie					1
36.				1				1				sexuální agresivita					1
37.			1					1				hebefilie					1
38.			1					1				hebefilie					1
39.			1					1				homosexuální pedofilie					1
40.				1				1				hebefilie					1
41.		1						1				sadismus					1
42.	1						1					exhibicionismus		1			
43.		1					1					sexuální agresivita		1			
44.			1				1					sexuální agresivita			1		
45.			1				1					pedofilie					1
46.				1			1					efebofilie					1
47.					1			1				hebefilie		1			
48.		1					1					fetišismus		1			
49.		1					1					exhibicionismus		1			
50.		1					1					pedofilie		1			
51.			1					1				hebefilie		1			
52.		1					1					pedofilie		1			

	Otázka č. 5		Otázka č. 6			Otázka č. 7			Otázka č. 8		Otázka č. 9			Otázka č. 10		
Odpověď	1	2	1	2	3	1	2	3	1	2	1	2	3	1	2	3
Celkem	50	2	39	5	8	38	2	12	37	15	22	13	2	4	33	15
Respondent																
1.	1		1			1			1		1				1	
2.	1		1					1	1			1			1	
3.	1		1			1			1		1				1	
4.	1		1			1			1		1				1	
5.	1		1			1			1			1			1	
6.	1		1			1				1						1
7.	1		1			1			1							1
8.	1		1					1		1						1
9.	1		1			1			1		1				1	
10.	1				1	1				1						1
11.	1		1			1			1		1				1	
12.	1				1	1			1				1		1	
13.	1		1			1			1			1			1	
14.	1			1				1		1						1
15.	1		1			1			1		1				1	
16.	1		1			1			1			1			1	
17.	1		1			1			1			1			1	
18.		1			1			1		1						1
19.	1		1			1			1			1			1	
20.	1		1			1			1			1			1	
21.	1		1			1			1		1				1	
22.	1		1			1			1			1			1	
23.	1		1			1			1		1				1	
24.	1		1					1	1		1				1	
25.	1		1				1			1						1
26.	1				1	1			1			1		1		
27.	1				1			1		1						1
28.	1			1				1	1		1				1	
29.	1		1			1			1		1				1	
30.	1			1				1	1		1				1	
31.	1				1	1			1		1				1	
32.	1		1					1		1						1
33.	1		1			1			1		1				1	
34.	1		1			1				1						1
35.	1		1				1			1						1
36.	1		1			1			1		1				1	
37.	1		1			1			1		1				1	
38.	1		1			1			1			1			1	
39.	1		1			1			1		1			1		
40.	1				1			1	1			1			1	
41.	1				1	1			1			1			1	
42.	1		1			1			1			1		1		
43.	1		1			1			1		1				1	
44.	1		1			1			1		1				1	
45.		1		1				1		1						1
46.	1		1			1				1						1
47.	1			1				1		1						1
48.	1		1			1			1		1				1	
49.	1		1			1			1		1				1	
50.	1		1			1			1		1				1	
51.	1		1			1				1						1
52.	1		1			1			1			1	1			

Odpověď	Otázka č. 11			Otázka č. 13		Otázka č. 14			Otázka č. 15				Otázka č. 16
	1	2	3	1	2	1	2	3	1	2	3	4	
Celkem	17	31	4	3	49	11	26	12	2	30	14	3	
Respondent													
1.		1			1		1			1			0
2.		1			1		1			1			0
3.		1			1		1			1			0
4.		1			1	1					1		20
5.	1				1		1		1				0
6.		1			1	1					1		45
7.	1				1		1			1			0
8.		1		1									
9.		1			1	1					1		55
10.		1			1			1				1	0
11.		1			1		1			1			0
12.		1			1			1			1		50
13.	1				1		1			1			0
14.	1				1	1					1		35
15.		1			1	1					1		40
16.		1			1		1			1			0
17.		1			1			1			1		50
18.		1			1		1		1				0
19.		1		1									
20.		1			1			1		1			0
21.		1			1		1			1			60
22.	1				1			1		1			0
23.		1			1		1			1			0
24.	1				1	1				1			30
25.	1			1									
26.			1		1		1			1			0
27.			1		1			1			1		75
28.	1				1		1			1			0
29.		1			1	1					1		36
30.		1			1		1			1			0
31.		1			1			1		1			0
32.	1				1			1				1	70
33.		1			1	1					1		50
34.	1				1		1			1			0
35.			1		1		1			1			0
36.		1			1			1				1	0
37.		1			1		1			1			80
38.		1			1			1		1			0
39.	1				1	1					1		50
40.	1				1		1			1			0
41.	1				1		1			1			80
42.	1				1		1			1			0
43.		1			1		1			1			0
44.		1			1	1					1		20
45.	1				1	1					1		45
46.	1				1		1			1			0
47.			1		1			1			1		0
48.		1			1		1			1			0
49.		1			1			1		1			0
50.		1			1		1			1			0
51.		1			1		1			1			0
52.	1				1		1			1			0

(Zdroj: autor)

Příloha C *Datová matice – otázka č. 12*

	NVÚ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Respondent	Celkem	2	2	19	2	13	8	13	15	3	6	3	3				1	11	
1				1		1			1										
2												1					1	1	
3			1	1														1	
4				1				1	1										
5				1		1			1										
6						1			1		1								
7				1							1	1							
8						1	1		1										
9				1		1													
10							1		1		1								
11											1		1						
12						1			1	1									
13				1				1										1	
14								1					1						
15				1				1										1	
16		1		1		1													
17								1		1								1	
18																			
19								1	1									1	
20			1	1			1												
21								1	1	1									
22									1		1							1	
23						1	1												
24					1	1			1										
25				1				1				1							
26				1			1	1											
27					1			1	1										
28						1							1					1	
29				1		1			1										
30				1				1										1	
31				1			1		1										
32		1		1				1											
33				1				1	1										
34						1	1											1	
35				1							1							1	
36				1		1	1												
37																			

(Zdroj: autor)