



**PARAFILIK JAKO CÍL INTERVENČÍ V OBLASTI  
DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ  
A PREVENCE SEXUÁLNÍ DELIKVENCE:  
SITUAČNÍ ANALÝZA STAVU V ČR**



**LUCIE KREJČOVÁ  
ALENA MAREČKOVÁ  
KATEŘINA POTYSZOVÁ  
LEONA PLÁŠILOVÁ  
FILIP ŠINKNER  
LENKA NOVÁKOVÁ  
A KATEŘINA KLAPILOVÁ**



Výzkumná zpráva projektu Parafilik

# PARAFILIK JAKO CÍL INTERVENČÍ V OBLASTI DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ A PREVENCE SEXUÁLNÍ DELIKVENCE: SITUAČNÍ ANALÝZA STAVU V ČR

## AUTORSKÝ KOLEKTIV:

Mgr. Lucie Krejčová, Ph.D.

Mgr. Alena Marečková

Mgr. Kateřina Potyszová

Mgr. Leona Plášilová

Mgr. Filip Šinkner

Mgr. Lenka Nováková, Ph.D.

a

Mgr. Kateřina Klapilová, Ph.D.

## ODBORNÉ PŘÍPOMÍNKY/KONZULTACE:

MUDr. Marek Páv, Ph.D., MBA

JUDr. Petr Zeman, Ph.D.

JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.

Národní ústav duševního zdraví  
Centrum pro sexuální zdraví a intervence  
Projekt Parafilik  
Topolová 748  
250 67 Klecany

Tento text vznikl v rámci projektu Parafilik  
CZ.03.3.X/0.0/0.0/15\_018/0011540

ISBN 978-80-87142-57-8 (online verze)



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

**NU<sup>D</sup>Z**  
NÁRODNÍ ÚSTAV  
DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ





## PODĚKOVÁNÍ

**Tímto bychom rádi poděkovali všem spolupracovníkům a také členům české odborné platformy projektu Parafilik, kterými byli:**

**prof. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.**

**MUDr. Alena Šteflová, Ph. D., MPH**

**Mgr. Kateřina Bělohávková**

**Ing. Kamila Lindauerová**

**Judr. Petr Zeman, Ph.D.**

**pplk. Mgr. Martina Petrovičová**

**Ing. Štěpánka Tybircová**

**Jiří Kuchyňka**

**MUDr. Marek Páv, Ph.D., MBA**

**Mgr. Václav Lintymer**

**Prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D., DSc.**

# OBSAH

|            |                                                                                   |            |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|
|            | <b>Obsah</b>                                                                      | <b>/ 3</b> |
|            | <b>Anotace</b>                                                                    | <b>/ 5</b> |
|            | <b>Seznam zkratk</b>                                                              | <b>/ 6</b> |
| <b>1</b>   | <b>Parafilik v systému prevence a zdravotní péče v ČR</b>                         | <b>/ 8</b> |
| 1.1.       | Cíle a metody situační analýzy                                                    | / 8        |
| 1.2.       | Co jsou parafilie z hlediska duševního zdraví                                     | / 13       |
| 1.3.       | Prevalence parafilií v ČR                                                         | / 15       |
| 1.4.       | Parafilici v systému zdravotní péče ČR                                            | / 17       |
| 1.4.1.     | Incidence parafilií v ČR                                                          | / 17       |
| 1.4.1.1.   | Parafilik a bariéry pro vyhledání odborné pomoci                                  | / 17       |
| 1.4.2.     | Současná nabídka odborné zdravotnické péče pro parafiliky v systému prevence ČR   | / 21       |
| 1.4.2.1.   | Dobrovolná ambulantní péče                                                        | / 23       |
| 1.4.2.2.   | Ochranné léčení sexuologické                                                      | / 24       |
| 1.4.2.2.1. | Ochranné léčení sexuologické v ambulantní formě                                   | / 25       |
| 1.4.2.2.2. | Ochranné léčení sexuologické v ústavní formě                                      | / 27       |
| 1.4.2.2.3. | Ochranné léčení sexuologické ve výkonu trestu odnětí svobody                      | / 29       |
| 1.4.2.3.   | Zabezpečovací detence                                                             | / 30       |
| 1.4.3.     | Parafilik v odborné péči: současné postupy v ČR                                   | / 32       |
| 1.4.3.1.   | Diagnostika parafilií                                                             | / 32       |
| 1.4.3.1.1. | Anamnestické vyšetření                                                            | / 32       |
| 1.4.3.1.2. | Psychodiagnostické vyšetření                                                      | / 33       |
| 1.4.3.1.3. | Psychofyzilogické vyšetření                                                       | / 33       |
| 1.4.3.1.4. | Risk assessment: určení rizikovosti pro spáchání sexuálního deliktu               | / 34       |
| 1.4.3.2.   | Terapie parafilií                                                                 | / 35       |
| 1.4.3.2.1. | Psychoterapeutická a poradenská intervence                                        | / 35       |
| 1.4.3.2.2. | Farmakoterapie                                                                    | / 38       |
| 1.4.3.2.3. | Chirurgická kastrace                                                              | / 39       |
| 1.4.4.     | Situace v období pandemie COVID-19: sexuální delikvence a problémy cílové skupiny | / 40       |
| 1.5.       | Parafilici v sociální sféře                                                       | / 40       |
| 1.5.1.     | Parafilik v neziskových organizacích                                              | / 40       |



|          |                                                                                                                           |      |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1.5.2.   | Parafilik v rámci krizových služeb                                                                                        | / 41 |
| 1.6.     | Parafilici mimo systém                                                                                                    | / 43 |
| 1.6.1.   | Parafilik v komunitě                                                                                                      | / 43 |
| 1.6.2.   | Parafilik v „šedé zóně“                                                                                                   | / 46 |
| 1.7.     | Vzdělávání odborníků v oblasti intervence pro osoby s parafilii a psychologie osob ve zvýšeném riziku sexuální delikvence | / 46 |
| 1.7.1.   | Vzdělávání odborníků v oblasti zdravotnictví                                                                              | / 46 |
| 1.7.1.1. | Profesní příprava sexuologů                                                                                               | / 46 |
| 1.7.1.2. | Profesní příprava psychologů                                                                                              | / 47 |
| 1.7.1.3. | Reflexe vzdělávání z pohledu odborníků pracujících s parafilní klientelou                                                 | / 48 |
| 1.7.2.   | Vzdělávání odborníků v oblasti forenzní praxe                                                                             | / 51 |
| 1.7.2.1. | Profesní příprava policejních složek                                                                                      | / 51 |
| 1.7.2.2. | Profesní příprava forenzních sexuologů                                                                                    | / 52 |
| 1.7.3.   | Vzdělávání pracovníků v oblasti sociálních služeb                                                                         | / 52 |
| 1.8.     | Systémová péče o rodiny a blízké osoby parafiliků                                                                         | / 53 |
| 1.9.     | Organizace pečující o oběti sexuální delikvence                                                                           | / 53 |
| 1.9.1.   | Příklady dobré praxe                                                                                                      | / 55 |
| 1.10.    | Shrnutí a doporučení                                                                                                      | / 57 |
| 2        | Sexuální delikvence v ČR: analýza současného stavu                                                                        | / 60 |
| 2.1.     | Vymezení sexuální delikvence                                                                                              | / 60 |
| 2.2.     | Prevalence sexuální delikvence v ČR                                                                                       | / 61 |
| 2.2.1.   | Prevalence sexuálně motivované trestné činnosti                                                                           | / 61 |
| 2.2.2.   | Prevalence kyberkriminality                                                                                               | / 64 |
| 2.2.3.   | Prevalence kriminality mládeže                                                                                            | / 66 |
| 2.3.     | Typy a možnosti prevence sexuální delikvence                                                                              | / 67 |
| 2.3.1.   | Strategie prevence sexuální delikvence v ČR                                                                               | / 70 |
| 2.3.2.   | Ekonomický dopad sexuální delikvence v ČR                                                                                 | / 73 |
| 2.4.     | Kdo jsou pachatelé sexuální delikvence?                                                                                   | / 74 |
| 2.5.     | Sexuální delikvence versus parafilie                                                                                      | / 75 |
| 2.5.1.   | Prevalence sexuální delikvence u parafiliků                                                                               | / 75 |
| 2.5.2.   | Pachatelé sexuální delikvence v systému s ohledem na přítomnost parafilie                                                 | / 76 |
| 2.5.3.   | Možnosti intervencí sexuální delikvence na straně pachatele                                                               | / 77 |
| 2.6.     | Shrnutí a doporučení                                                                                                      | / 78 |
| 3        | Integrace intervencí projektu Parafilik do současného systému prevence a možnosti udržitelnosti                           | / 80 |
| 3.1.     | Integrace intervencí projektu Parafilik do systému zdravotní péče a udržitelnost poradensko-terapeutických služeb         | / 82 |
| 3.2.     | Služby projektu Parafilik v systému zdravotně-sociální péče                                                               | / 83 |
| 3.2.1.   | Budoucnost služeb projektu Parafilik v kontextu CDZ                                                                       | / 84 |
|          | Reference                                                                                                                 | / 87 |



## ANOTACE

**Předkládaná situační analýza byla zpracována pro potřeby projektu PARAFILIK, který má za cíl navrhnout, implementovat a otestovat systém preventivních intervencí pro osoby ve zvýšeném riziku páčání sexuální delikvence v ČR. Cílem této analýzy je zmapovat současný stav českého systému v oblasti včasné prevence sexuální delikvence, zejména fungování specializovaných služeb pro jedince s parafilní preferencí.**



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

**NU<sup>D</sup>Z**  
NÁRODNÍ ÚSTAV  
DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ



## SEZNAM ZKRATEK

**ADHD** - Attention Deficit Hyperactivity Disorder, porucha pozornosti s hyperaktivitou  
**BDSM** - B&D – bondage a discipline (svazování a výchova); D&S – dominance a submisivita; S&M – sadismus a masochismus  
**BKB** – Bílý kruh bezpečí  
**CDZ** – Centrum duševního zdraví  
**CDZ OL** – Centrum duševního zdraví pro pacienty s nařízeným ochranným léčením  
**CKI PNB** – Centrum krizové intervence Psychiatrická nemocnice Bohnice  
**CSAM** – Child sexual abuse material  
**ČEPEK** – Československá pedofilní komunita  
**ČVUT** - České vysoké učení technické  
**DKC** – Dětské krizové centrum  
**EU** – Evropská unie  
**FMT** – Forenzní multidisciplinární tým  
**GnRH** - Gonadotropiny uvolňující hormon  
**DSM** - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Diagnostický a statistický manuál duševních chorob  
**LZPS** – Listina základních práv a svobod  
**MKN** – Mezinárodní klasifikace nemocí  
**MPSV ČR** – Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky  
**MV ČR** – Ministerstvo Vnitra České republiky  
**MZ ČR** – Ministerstvo zdravotnictví České republiky  
**NÚDZ** – Národní ústav duševního zdraví  
**OLA/OLÚ** – Ochranná léčba ambulantní/Ochranná léčba ústavní  
**OSPOD** - Orgán sociálně-právní ochrany dětí  
**PČR** – Policie České republiky  
**PAČR** – Policejní akademie České republiky  
**PN** – Psychiatrická nemocnice  
**PP** – Primární prevence  
**PPG** – Penilní pletysmografie  
**RIAPS** - Regionální Institut Akutních Psychosociálních Služeb  
**RVDZ** – Rada vlády pro duševní zdraví  
**SP** – Sekundární prevence



Evropská unie  
 Evropský sociální fond  
 Operační program Zaměstnanost

**NU<sup>D</sup>Z**  
 NÁRODNÍ ÚSTAV  
 DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ



**SP – Sekundární prevence**

**SSRI - inhibitory serotoninového reuptaku**

**SV – Specializované vzdělávání**

**TČ – Trestný čin**

**TP – Terciární prevence**

**TSK – Takticko statistická klasifikace**

**TZ – Trestní zákoník**

**USA – United states of America, Spojené státy americké**

**ÚPVZD - Ústav pro výkon zabezpečovací detence**

**ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky**

**WHO – World Health Organization, Světová zdravotnická organizace**

**ZOP - Základní odborná příprava**



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

**NU<sup>D</sup>Z**  
NÁRODNÍ ÚSTAV  
DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ





# 1. PARAFILIK V SYSTÉMU PREVENCE A ZDRAVOTNÍ PÉČE

## 1.1. CÍLE A METODY SITUAČNÍ ANALÝZY

Cílem této situační analýzy je popsat situaci jedinců s parafilní preferencí v České republice včetně současného nastavení českého systému pro preventivní intervence a specializovanou péči o tuto cílovou skupinu. Pro zodpovězení základních otázek byla provedena rešerše dostupných zdrojů a statistik, proběhly návštěvy forenzních a zdravotnických zařízení poskytujících intervence pro osoby ve zvýšeném riziku páčání sexuální delikvence včetně osob s parafilii a byla realizována řada vlastních kvalitativních a kvantitativních šetření.

Základní otázky pro analýzu:

- ▶ Jaká je prevalence osob s parafilii v ČR?
- ▶ Jaká je jejich motivace pro vyhledání odborné pomoci, jejich duševní/zdravotní stav a rizikovost chování?
- ▶ Kdy se dostávají osoby s parafilii do péče v systému? Jaké vnímají bariéry k péči?
- ▶ V rámci kterých resortů se osoby s parafilii objevují, jaké služby využívají, v jaké incidenci a jaké problémy řeší?
- ▶ Jak hodnotí péči osoby s parafilii, které mají zkušenost s péčí v systému ČR?
- ▶ Jaké jsou terapeutické přístupy v těchto institucích? Jaké jsou další intervenční přístupy mimo tyto instituce, jsou využívány, a jak jsou efektivní?
- ▶ Jaká je profesní příprava odborníků pro práci s touto skupinou? Jaké jsou současné zkušenosti s péčí o tuto skupinu ze strany odborníků?
- ▶ Jaká jsou hluchá místa v systému a doporučení pro jejich řešení?
- ▶ Jaké jsou možnosti odborné péče pro blízké osoby jedinců s parafilii nebo zvýšeném riziku páčání sexuální delikvence?

Informace byly čerpány z dostupné odborné literatury, z reportů relevantních institucí a projektů, z volně dostupných statistik resortů a skrze přímé dotazy na jednotlivé poskytovatele péče, zainteresované instituce či vlastníky dat. V případě chybějících údajů byly provedeny vlastní kvalitativní a kvantitativní řešení. Výsledky jednotlivých výzkumů jsou průběžně uváděny v rámci evaluačních zpráv, jsou součástí publikovaných či připravovaných odborných článků. V rámci této situační analýzy se objevují jen výsledky vhodné k zodpovězení jednotlivých otázek analýzy.



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

**NU<sup>D</sup>Z**  
NÁRODNÍ ÚSTAV  
DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ



## Výzkum 1 (V1): Průzkum v rámci Československé pedofilní komunity 2019 (ČEPEK)

Zástupci této sebe podpůrné komunity již v minulých letech sami iniciativně proklamovali zvýšenou potřebu specializované péče na odborných sexuologických konferencích. Na základě tohoto apelu jsme v rámci komunity provedli anonymní průzkum zaměřený na mapování dosavadních zkušeností s odbornou péčí, vnímání bariér k péči a nástin problémů, které by bylo vhodné řešit. Sběr dat byl uskutečněn od února do července 2019 na stránkách [www.pedofilie-info.cz](http://www.pedofilie-info.cz) formou dotazníkového šetření v online softwaru Qualtrics.

Dotazník obsahoval 33 otázek a zaměřoval se na tyto okruhy:

- a) Vyhledání odborné pomoci pro problémy souvisejícími s neobvyklými sexuálními preferencemi, spokojenost s péčí, specifikace řešení problémů.
- b) Bariéry v přístupu k péči.
- c) Historie sexuální delikvence.
- d) Návrhy k nastavení programu primární prevence a zájem o účast v programu PARAFILIK.

Dotazník vyplnilo celkem 77 respondentů (67 mužů a 5 žen) se sexuálním zájmem o děti a dospívající jedince, či sexuálním zájmem o jiné neobvyklé sexuální praktiky (BDSM, fetišismus, zoofilie, aj.)

Tento výzkum byl znovu zopakován v roce 2022 v rámci BDSM komunit, finální soubor ještě není uzavřen.

## Výzkum 2 (V2): Výzkum osob s preferencí pro nezletilé osoby a/nebo sexuální násilí vybraných na základě cíleného screeningu z národního reprezentativního panelu

Za účelem zmapování situace u osob s parafilní preferencí, kteří se nesdružují v komunitách ani nejsou v péči systému, jsme v lednu a únoru 2020 uskutečnili sběr empirických dat standardním dotazníkovým on-line šetřením na území ČR. Výzkum byl realizovaný ve spolupráci se společností STEM/MARK a.s.. Pokusili jsme se v rámci celonárodního on-line populačního panelu European National Panel (<https://www.nationalpanel.eu/>) pomocí pre-screeningového dotazníku zacílit anonymně osoby s parafilní preferencí (konkrétně ve dvou kategoriích: 1) preferenci pro děti a dospívající osoby, 2) preferenci pro sexuální nesouhlas a sexuální násilí). Pouze osobám splňujícím kritéria přítomnosti parafilní preference bylo umožněno vyplnění celkového dotazníku. V rámci dotazníkové baterie jsme pomocí standardizovaných metod mapovali zejména jejich zdravotní/duševní stav, rizikovost pro páchaní sexuální delikvence a poptávku po odborné péči. Sběr dat probíhal v období 8. 1. – 7. 2. 2020.

Dotazník vyplnilo 178 respondentů s parafilní preferencí, z toho preference pro nesouhlas/sexuální násilí udávalo 127 respondentů a pedo/hebefilní preferenci 97 respondentů (u 26%, tedy u 46 osob existoval překryv mezi preferencemi).

Dotazník obsahoval 127 otázek (medián vyplnění byl 42 minut) a byl zaměřen na následující oblasti:

- a) Zkušenost a spokojenost s odbornou péčí zaměřenou na neobvyklé sexuální preference.
- b) Bariéry v přístupu k péči, motivace pro péči.



- d) Coming-out.
- e) Stigmatizace ze strany společnosti (Perceived Social Distance Scale, Jahnke et al., 2015)
- f) Motivace k péči (Therapy Motivation Scale, Jahnke et al., 2015).
- g) Úzkostně-depresivní symptomy (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS, Zigmond & Snaith, 1983).
- h) Sociální vyloučení a osamělost (UCLA Loneliness Scale, Russell et al., 1980).
- i) Hodnocení mentálního a fyzického zdraví (SF-12 Health Survey; Ware et al., 1996).
- j) Kompulsivní sexuální chování (Hypersexual Behavior Inventory, Reid et al., 2011).
- k) Přítomnost kognitivních distorzí souvisejících s parafilním nastavením (Bumby Molest/Rape Scale, Bumby, 1996) a hostilita vůči ženám (Hostility Toward Women Scale, Check, 1985).
- l) Zkušenost se sexuálním zneužíváním v dětství (Childhood Trauma Questionnaire, Bernstein et al., 2003).

### **Výzkum 3 (V3): Kvalitativní průzkum pracovní zkušenosti s klienty s parafilními preferencemi mezi odborníky v oblasti zdravotnictví**

Za účelem zmapování pracovní zkušenosti, připravenosti, popisu postupů práce s cílovou skupinou ve vybraných ústavních zařízeních a vnímaných bariér pro práci s CS parafilici, byl proveden terénní sběr empirických dat polostrukturovaným rozhovorem napříč zdravotními a ochrannými zařízeními v ČR. Sběr dat probíhal od října 2019 do července 2020. Výzkumný rozhovor proběhl s 11 pracovníky (5 lékařů a 6 psychologů) na 9 rozdílných pracovištích (PN Bohnice, PN Dobřany, PN Havlíčkův Brod, PN Kosmonosy, Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN, Sexuologické oddělení FN Brno, Ústav pro výkon zabezpečovací detence v Brně, Ústav pro výkon zabezpečovací detence v Opavě a Věznice Kuřim).

Rozhovor obsahoval 39 otázek, jejichž cílem bylo obsáhnout následující oblasti:

- a) Informace o praxi odborníka (typ profese, délka praxe, vnímaná profesní připravenost, počet klientů/pacientů z CS, stigmatizace CS, aj.).
- b) Diagnostický proces na daném pracovišti (postup, popis testů a metod, obsah anamnézy, rizikovitost pacienta).
- c) Terapeutický proces na daném pracovišti (cíle terapie, terapeutický plán, motivace pacientů, efekt terapie, bariéry v terapii).
- d) Práce s ohlašovací povinností na daném pracovišti.
- e) Projektivní metoda o podobě parafilie jako krajiny (stigmatizace).
- f) Vzkazy parafilikům, odborníkům a lidem zvažujícím práci s touto CS.

### **Výzkum 4 (V4): Průzkum zkušenosti s CS u poskytovatelů služeb krizové intervence**

Za účelem zmapování pracovní zkušenosti, připravenosti a postojů k cílové skupině jedinců s parafilii mezi poskytovateli služeb krizové intervence byl uskutečněn terénní sběr empirických dat standardním dotazníkovým šetřením. Dotazníku v online softwaru Qualtrics byl distribuován skrze poskytovatele krizových služeb (např. Linky důvěry, RIAPS, aj.), sběr dat probíhal od května 2021 do července 2021.



Dotazník obsahoval 26 otázek z různých standardizovaných dotazníků, inventářů či škál. Cílem bylo zjistit:

- a) Informace o praxi daného odborníka (typ profese, délka praxe, místo výkonu).
- b) Pracovní zkušenosti s cílovou skupinou (počet klientů/pacientů s tematikou sexuality a parafilií, počet klientů z řad blízkých osob, témata krizové intervence).
- c) Vnímanou kompetenci pro práci s cílovou skupinou (Self-Perceived Competences in the Discussion and Treatment of Paraphilia, Barriers to Initiating Dialog about Paraphilia; upraveno podle Alarcao et al., 2012).
- d) Stigmatizaci CS ze strany odborníků (The Stigma Inventory, Jahnke, Imhoff, & Hoyer, 2015).

Dotazník vyplnilo 42 odborníků, z toho 2 nezodpověděli žádnou otázku a byli tak vyřazeni z finálního datasetu. Finální soubor obsahuje 40 respondentů (4,8 % drop-out) z řad sociálních pracovníků, psychologů, psychoterapeutů, poradců či zdravotních sester/bratrů.

#### **Výzkum 5 (V5): Analýza postupů práce s cílovou skupinou v ČR z pohledu odborníků v oblasti zdravotní péče**

Za účelem zmapování pracovní zkušenosti, připravenosti a postojů k cílové skupině jedinců s parafilií mezi odborníky ve zdravotnictví byl uskutečněn terénní sběr empirických dat standardním dotazníkovým šetřením. Dotazníku v online softwaru Qualtrics byl distribuován skrze vybrané odborné společnosti všem členům (e-mailem, ve zpravodajích, na facebookých stránkách). Pro spolupráci na distribuci dotazníku byly vybrány společnosti, jejichž členové mohou být v kontaktu s CS parafilici (Česká společnost pro sexuální medicínu, Sexuologická společnost ČLS JEP, Psychiatrická společnost ČLS JEP, Českomoravská psychologická společnost, Česká asociace pro psychoterapii a Česká společnost pro kognitivně behaviorální terapii), sběr dat probíhal od května 2021 do července 2021.

Dotazník obsahoval 26 otázek z různých standardizovaných dotazníků, inventářů či škál a byl stejný jako v případě V4.

Dotazník si celkem zobrazilo 81 odborníků, z toho 3 nezodpověděli žádnou otázku a byli tak vyřazeni z finálního datasetu. Finální soubor obsahuje 77 respondentů (4,9 % drop-out) z řad lékařů, psychologů, psychoterapeutů, poradců či sociálních pracovníků.

#### **Výzkum 6 (V6): Kvalitativní průzkum patientské zkušenosti s životem s parafilií a odbornou péčí v ČR**

Výzkum byl realizován za účelem zmapování dostupnosti a spokojenosti s péčí, která je poskytována napříč zdravotními a ochrannými zařízeními v ČR. Terénní sběr empirických dat polostrukturovaným rozhovorem byl proveden na pacientech vybraných zdravotních a ochranných zařízení napříč v ČR. Sběr dat probíhal od října 2019 do července 2020.

Cílem bylo zjistit:

- a) Informace týkající se sexuální preference a života s ní v české společnosti (typ parafilie, coming-out, vnímaná stigmatizace). detencích.



- b) Okolnosti týkající se deliktu, pokud byl nějaký spáchán (popis deliktu, spouštěče delikvence, příprava na delikt, doba latence).
- c) Informace o dosud konzumované péči (důvěra v odborníky, bariéra k péči, první kontakt, průběh vyšetření a terapií, jak by vypadala ideální péče).

Rozhovor proběhl s 10 jedinci s parafilní preferencí, z toho čtyři s diagnózou pedofilie, tři s diagnózou hebefilie, dva s diagnózou patologická sexuální agresivita a jeden s duální diagnózou pedofilie/patologická sexuální agresivita. Jeden z participantů reportoval zkušenost s ambulantní péčí (OLA), tři s péčí v ochranné léčbě ústavní (OLÚ), dva participantů s péčí ve vězení Kuřim a čtyři participantů reportovali zkušenost s péčí v zabezpečovacích detencích.

### **Výzkum 7 (V7): Mapování počtu osob s parafilní preferencí v systému zdravotní péče a průzkum jejich konzumace služeb**

Za účelem zmapování počtu pacientů s diagnózou parafilie (F65) v systému zdravotní péče a vyčíslení ekonomických nákladů jsme v listopadu 2019 poptali data od Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR („ÚZIS“). Po konzultaci s metodikem projektu MUDr. Martinem Hollým, MBA a odbornou evaluátorkou projektu Mgr. Lenkou Novákovou, Ph.D. jsme pro účely analýzy zvolili časový rámec poptávaných dat za roky 2010-2018. V době zadávání analýzy nebyly data za rok 2019 k dispozici. Požadavky na analýzu ze strany ÚZIS byly zadány následovně:

- a) Uvést počet diagnóz za skupinu dg. F65 a jednotlivě na dg. F65.2, F65.4, F65.5, F65.8, F65.9. Reportovat pouze ta data, kde je dg. F65 vykázána jako hlavní diagnóza. Rozdělit data na skupinu, kde se vyskytl v ambulantní péči kód 35040 (signální výkon ochranného léčení) a skupinu, kde tento výkon vykázáan nebyl.
- b) U vedlejší diagnózy F65 zjistit, k jakým hlavním dg. se vážou a kolik jich je.
- c) Zjistit, zda lze dohledat délku docházení u ambulantních pacientů k lékaři pro jednotlivé diagnózy.
- d) Uvést počet hospitalizací a počet ambulantních pacientů u výše zmíněných diagnóz. U ambulantního léčení reportovat data, kdy dg. byla vykázána odborností psychiatrie (305), dětská psychiatrie (306), gerontopsychiatrie (307), léčba alkoholismu a jiných toxikomanií (308), sexuologie (309). Počet hospitalizací vykázat zvlášť pro psychiatrické nemocnice a zvlášť pro hospitalizace na psychiatrickém oddělení nemocnice.
- e) Zjistit, zda je možné identifikovat pacienta, který chodí na dispenzární prohlídku 1x ročně, tzn. odlišit soliterní konzultace od dispenzarizace 1x ročně (tj. časová řada).
- f) Uvést, kolik z diagnóz a návštěv pacientů bylo nařízeno soudem, tzn. informace, zda léčení bylo nařízeno v rámci ochranného ústavního léčení, případně ambulantního léčení nařízeno soudem.
- g) Uvést informace k délce hospitalizací u jednotlivých diagnóz F65 od roku 2010.
- h) Zjistit, zda lze vyčíslit průměrné náklady na léčbu (ambulantního docházení k lékaři, hospitalizace, ochranné léčení ústavní a ochranné léčení ambulantní) u výše zmíněných diagnóz F65
- i) Shromážďuje-li ÚZIS data z detenčních zařízení v ČR, zjistit počet dg. F65 od roku 2010.



## 1.2. Co jsou parafilie z hlediska duševního zdraví?

Sexuální preference je vrozený program sexuality, který nelze změnit. Rozhoduje o tom, co nás sexuálně vzrušuje, ale někdy i tom, do koho se zamilováváme. Parafilní preference může být exkluzivní, člověk není schopen dosáhnout sexuálního uspokojení jiným než parafilním způsobem (tzn. s nevhodným objektem či nevhodnou aktivitou). U některých osob je parafilní preference neexkluzivní, člověk dosáhne sexuálního uspokojení i jiným než parafilním způsobem.

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) vydané Světovou zdravotnickou organizací v 10. revizi z roku 1992 spadají parafilie do Poruch sexuální preference pod kódem F65 a jsou charakterizovány jako sexuální impulzy, fantazie nebo praktiky, které jsou neobvyklé, deviantní nebo bizarní (WHO, 1992). Diagnóza poruchy sexuální preference může být dle kritérií MKN-X stanovena tehdy, kdy jedinec opakovaně prožívá intenzivní sexuální touhy a fantazie týkající se neobvyklých aktivit nebo objektů, svému nositeli způsobuje distress či jiné (ať už osobní či společenské) problémy a tato preference je přítomná minimálně 6 měsíců. Parafilie jako taková je tedy nutnou podmínkou pro diagnostikování poruchy sexuální preference, ale sama jako taková nutně nevyžaduje klinickou intervenci.

Do parafilií spadají preference pro neobvyklé sexuální objekty (např. pedofilie = zaměření na osoby v prepubertálním období, hebefilie = zaměření na osoby v pubertálním období) a neobvyklé aktivity (např. preference pro aktivity, které zahrnují nějakou formu nesouhlasu ze strany sexuálního objektu či násilí při sexu jako sexuální sadismus, patologická sexuální agrese či exhibicionismus).

Přehled a definice vybraných poruch sexuální preference jsou uvedeny v Tabulce 1.

**Tabulka 1. Poruchy sexuální preference podle MKN-10 a DSM5**

| KÓD   | PARAFILIE                   | DEFINICE                                                                                                                                                                            |
|-------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| F65.0 | Fetišismus                  | Erotické zaměření na neživé předměty nebo na části těla (v těchto případech se jedná o parcialistické zaměření).                                                                    |
| DSM-5 |                             | Opakované a intenzivní vzrušení způsobené používáním neživých objektů či specifických částí lidského těla - jiných než genitálií.                                                   |
| F65.1 | Fetišistický transvestismus | Vzrušení je dosahováno převlékáním se do šatů opačného pohlaví a eventuálně i vstupováním v roli opačného pohlaví. Pocit příslušnosti k vlastnímu pohlaví nebývá podstatně narušen. |
| DSM-5 |                             | Opakované a intenzivní vzrušení způsobené cross-dressingem (tedy převlékání do šatů opačného pohlaví).                                                                              |
| F65.2 | Exhibicionismus             | Vzrušení je dosahováno odhalováním genitálu před neznámými osobami.                                                                                                                 |
| DSM-5 |                             | Opakované a intenzivní vzrušení způsobené odhalováním genitálu před nepřipravenými (nevyladěnými) osobami.                                                                          |

|       |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| F65.3 | Voyerismus                                                         | Vzrušení je dosahování sledováním intimního počínání nic netušících anonymních objektů (nahých osob, svlékajících se osob, souložících párů).                                                                                   |
| DSM-5 |                                                                    | Opakované a intenzivní sexuální vzrušení vyvolané pozorováním nic netušícího objektu, jenž je nahý, svléká se či se účastní sexuální aktivity.                                                                                  |
| F65.4 | Pedofilie                                                          | Erotické (erotosexuální) zaměření se na objekty v prepubertálním věku (chlapce a dívky bez znaků dospívání).                                                                                                                    |
| DSM-5 |                                                                    | Opakované a intenzivní sexuální vzrušení způsobené fantaziemi, touhami či chováním, jež zahrnují sexuální aktivitu s prepubertálním dítětem či dětmi (obecně ve věku 13 let či mladšími).                                       |
| F65.5 | Sadomasochismus                                                    | Vzrušení je dosahováno dominancí, totální kontrolou objektu/ totálním odevzdáním se partnerovi, vlastní ponížením či utrpením.. Sadista je vzrušován fyzickým a duševním utrpením oběti a pocitem, že oběť je plně v jeho moci. |
| DSM-5 |                                                                    | Opakované a intenzivní vzrušení způsobené fyzickým či psychickým utrpením jiných osob/podstupováním ponižováním, bití, svazování či jiného utrpení.                                                                             |
| 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 sadoma-sochismus.                                                  |
| F65.8 | Jiné poruchy sexuální preference – frotérství/tušérství            | Vzrušení je dosahováno třením se/dotýkáním se anonymní, neznámé osoby (např. v MHD, ve frontách aj.).                                                                                                                           |
| DSM-5 |                                                                    | Opakované a intenzivní vzrušení způsobené dotýkáním se či třením se o neznámý objekt.                                                                                                                                           |
| F65.8 | Jiné poruchy sexuální preference - patologická sexuální agresivita | Sexuálního vzrušení a uspokojení je dosahováno překonáváním odporu napadené anonymní ženy a minimalizací její kooperace.                                                                                                        |
| DSM-5 |                                                                    | Opakované intenzivní sexuální vzrušení ze sexuálního nátlaku/sexuálně motivovaného násilí, které se manifestovalo ve fantasiích, nutkání či chování.                                                                            |
| F65.8 | Jiné poruchy sexuální preference – hebefilie/efebofilie            | Erotické (erotosexuální) zaměření se na dívky/chlapce v dosívajícím věku (pubické ochlupení, náznak prsů u dívek, u chlapců eventuálně schopnost ejakulace).                                                                    |
| F65.8 | Jiné poruchy sexuální preference – zoofilie                        | Preference zvířat jako sexuálních objektů. Aktivita mohou zahrnovat felaci, cunnilingus, anální i vaginální soulož nebo masturbaci objektu.                                                                                     |
| F65.8 | Jiné poruchy sexuální preference – nekrofilie                      | Preference být například v přítomnosti mrtvého těla a fascinace kolem pohrbů a mrtvol až po aktivity zahrnující líbání, objímání, cunnilingus i vaginální či anální soulož s mrtvým tělem.                                      |



Nová revize klasifikace MKN-11 (WHO, 2019) rozlišuje parafilii a parafilní poruchu. Parafilie danému jedinci nezpůsobuje distres a nepohodlí a projevy parafilie nejsou pro okolí ohrožující. Naopak parafilní porucha svému nositeli způsobuje distres a nepohodlí a svými projevy je pro okolí svého nositele ohrožující. Parafilní porucha je tak charakterizována jako „*přetrvávající a intenzivní vzorec atypického sexuálního vzrušení, projevujícího se v takových sexuálních myšlenkách, fantaziích, potřebách nebo projevech, které zahrnují jedince kvůli svému věku nebo stavu neschopné nebo odmítající vyjádřit souhlas, přičemž se jedinec takto buď projevuje, nebo které mu způsobují značný distres*“. Z diagnostických kritérií tak vypadá nutná podmínka z MKN-10 o přítomnosti v délce 6 měsíců. Taktéž MKN-11 zavádí některé změny v diagnostických kategoriích. Revidovaná klasifikace vyřazuje z parafilních poruch fetišismus, fetišistický transvestitismus a sadomasochismus, pokud všechny strany s těmito aktivitami souhlasí. Zároveň zavádí novou kategorii koercivní sexuální sadistická porucha (kód 6D33), která zahrnuje sexuální vzrušení způsobené fyzickým či psychickým působením bolesti či ponížením zaměřeného na nesouhlasící osoby. Další specifickou kategorií je parafilní porucha zahrnující nesvolné jedince (kód 6D35), kam spadají patologičtí sexuální agresori. Tuto kategorii charakterizuje jako trvalý, zaměřený a intenzivní vzorec sexuálního vzrušení – projevující se sexuálními myšlenkami, fantaziemi, touhami a/nebo jednáním, u něhož vzorec vzrušení zahrnují jiné osoby, jejichž věk či stav je činí neochotnými nebo neschopnými souhlasu. Jejich vzorec není specifikován v žádné jiné kategorii parafilních poruch (např. vzorec vzrušení mrtvolami nebo živočichy). Jedinec na tyto myšlenky, fantazie či touhy musí reagovat nebo být jimi stresován. Tato porucha specificky vylučuje sexuální chování uskutečněné za souhlasu osob, pokud jsou ve svém věku a stavu schopny souhlas poskytnout (WHO, 2019).

Podle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch, páté edice (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013), využívaného zejména v USA a v Kanadě, je parafilie definována jako „*intenzivní a přetrvávající sexuální zájem než zájem o genitální stimulaci či přípravné mazlení s fenotypově normálními, fyzicky zralými, souhlasícími lidskými partnery nebo jako jakýkoli sexuální zájem, který je větší nebo stejně velký jako běžné sexuální aktivity*“ (APA, 2013, str. 685). Tento sexuální zájem obsahuje opakující se, intenzivní sexuálně vzrušující fantazie, sexuální nutkání či chování na nehumánní objekty (např. fetišismus, zoofilie), utrpení či ponížení sebe sama či partnera (např. sadismus, masochismus), nebo na děti či jiné osoby, které nemohou vyjádřit souhlas s takovými aktivitami (např. pedofilie). V případě, že tento atypický sexuální zájem jedinci způsobuje distress či ho nějakým způsobem poškozuje, pak DSM-V zavádí pojem parafilní porucha.

Podle klasifikace MKN-11 je více než 90% diagnostických kategorií parafilních poruch stejných v obou systémech (DSM-5 a MKN-11). Oba systémy kladou důraz na patologizaci projevů zahrnující násilí, chybějící souhlas druhého a způsobený distress.

### 1.3. Prevalence parafilií v ČR

V roce 2016 byla členy projektu PARAFILIK provedena celosvětově unikátní rozsáhlá reprezentativní studie na české populaci (N = 10 044), jejímž cílem bylo zjistit prevalenci jednotlivých parafilií a parafilního sexuálního zájmu v několika úrovních sexuální zkušenosti, tj. sexuální fantazie, konzumace pornografie, sexuální vzrušení, reálná zkušenost - chování a výskyt dané parafilie (Bártová et al., 2021). K parafilní preferenci se přihlásilo 31,3% mužů (n = 1571) a 13,6% žen (n = 683). K pedofilii se přihlásilo 0,6% mužů, hebefilii 3,1% mužů a pro preferenci pro sexuální násilí 6,5% mužů. Tato studie poskytla unikátní data pro nastavení projektu PARAFILIK

a v rámci projektu byla data nadále analyzována. U osob s parafilii bylo např. zjišťováno, zda v rámci své parafilie vyhledali odbornou pomoc. Výsledky ukazují, že zkušenost s odbornou péčí



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

**NU<sup>D</sup>Z**  
NÁRODNÍ ÚSTAV  
DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ





nejméně vyhledávali muži s pedofilií a nejvíce muži s exhibicionismem. Unikátnost těchto dat a jejich zpracování v kontextu zdravotní péče byly oceněny na české (např. Cena Josefa Hyního za nejlepší odbornou práci z oboru sexuologie za rok 2021) i mezinárodní odborné scéně (Cena za nejlepší prezentaci „The landscape of human sexuality – modelling distances among various „normophilic“ and „paraphilic“ sexual arousal patterns in an online representative sample of men and women“ v rámci konference European Society of Sexual Medicine).

**Tabulka 2. Prevalence parafilí vyjádřená v procentech s přepočtem na počet obyvatel v ČR.**

| Parafilie<br>(N = 5023<br>mužů/<br>5021 žen) | Prevalence parafilí<br>(%) |      |       | Prevalence parafilí<br>(Přepočteno na obyvatele ČR) |         |         | Svěření se<br>odborníkovi |
|----------------------------------------------|----------------------------|------|-------|-----------------------------------------------------|---------|---------|---------------------------|
|                                              | Celkem                     | Muži | Ženy  | Celkem                                              | Muži    | Ženy    |                           |
| Pedofilie                                    | 0.3                        | 0.6  | < .01 | 26 795                                              | 26 136  | < 1     | 3.3                       |
| Hebefilie                                    | 1.6                        | 3.1  | 0.1   | 142 905                                             | 135 037 | 4 576   | 11.5                      |
| Zoofilie                                     | 0.5                        | 0.8  | 0.2   | 44 658                                              | 34 848  | 9 151   | 12.8                      |
| Fetišismus                                   | 6.3                        | 10.1 | 2.4   | 562 687                                             | 439 960 | 109 812 | 10.6                      |
| Voyeurismus                                  | 11.5                       | 16.6 | 6.4   | 1 027 128                                           | 723 103 | 292 832 | 9.6                       |
| Exhibicionismus                              | 2.3                        | 3.0  | 1.5   | 205 426                                             | 130 681 | 68 633  | 14.7                      |
| Frotérství/Tuš<br>érství                     | 8.3                        | 12.7 | 3.9   | 741 318                                             | 553 217 | 178 445 | 9.1                       |
| Humiliace/Pod<br>řízení                      | 2.9                        | 3.5  | 2.3   | 259 015                                             | 152 461 | 105 237 | 11.8                      |
| Bití/Mučení                                  | 1.9                        | 2.1  | 1.7   | 169 699                                             | 91 477  | 77 784  | 13.2                      |
| Patologická<br>sex. agrese                   | 1.0                        | 1.7  | 0.4   | 89 315                                              | 74 053  | 18 302  | 10.7                      |
| Imobilizace                                  | 3.6                        | 5.1  | 2.2   | 321 536                                             | 222 158 | 100 661 | 13.0                      |

## 1.4. Parafilici v systému zdravotní péče

### 1.4.1. Parafilici v systému zdravotní péče

Údaje z Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (dále ÚZIS) o reálném počtu pacientů s diagnózou F65 v letech 2010-2018 (V7; Tabulka 3) neodráží vysoké prevalence hodnoty parafilních preferencí, což naznačuje, že velká část jedinců s parafilní preferencí je pro český systém nedetekovatelná. Tato čísla mohou být znepokojující zejména u skupiny jedinců ve zvýšeném riziku spáchání sexuálně motivované trestné činnosti, u kterých včasná intervence odborné péče může takovému jednání zabránit (Fedoroff & Marshall, 2010). U ostatních může znamenat nízkou potřebu péče v oblasti duševního zdraví a schopnost vyrovnávat se se svou parafilii v souladu se zákonem anebo existenci výrazných bariér v systému vedoucí k sníženému využívání existující nabídky zdravotnické péče.

**Tabulka 3. Počet pacientů s diagnózami F65 v letech 2010-2018.**

| Kód   | Parafilie                          | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|-------|------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| F65.2 | Exhibicionismus                    | 328  | 297  | 294  | 295  | 274  | 273  | 287  | 274  | 262  |
| F65.4 | Pedofilie                          | 543  | 534  | 514  | 483  | 482  | 462  | 454  | 451  | 476  |
| F65.5 | Sadomasochismus                    | 342  | 305  | 301  | 295  | 254  | 274  | 261  | 246  | 244  |
| F65.8 | Jiné poruchy sexuální preference   | 317  | 312  | 320  | 307  | 322  | 320  | 358  | 364  | 372  |
| F65.9 | Porucha sexuální preference NS     | 238  | 261  | 217  | 218  | 180  | 230  | 191  | 229  | 221  |
| F65   | Celkem poruchy sexuální preference | 1689 | 1656 | 1585 | 1563 | 1506 | 1517 | 1532 | 1543 | 1545 |

Zdroj: ÚZIS, 2020

Pozn. Dg. vykázána na hlavní pozici, kýmkoli

#### 1.4.1.1. Bariéry pro vyhledávání odborné pomoci z pohledu CS

Z kvalitativních rozhovorů s parafilními delikventními pacienty v ochranném léčení sexuologickém (V6) vyplývá, že lidé s parafilní preferencí se nejčastěji dostanou do péče až ve chvíli, kdy je jim soudně nařízena. Do té doby většina z nich nikdy odbornou pomoc v souvislosti se svou sexuální preferencí nevyhledá. Pouze jeden z respondentů si připustil pedofilní sexuální preferenci a vyhledal péči sexuologů dobrovolně. Na základě této zkušenosti vyjádřil spokojenost s diagnostikou, se kterou se ztotožnil, ale vyjádřil nespokojenost s metodami, které mu byly doporučeny k aplikaci během masturbace:

*„... a pak začaly nějaký procedury, který moc smysl teda neměly, protože jsem chodil k jednomu starému pánovi, který mě se vlastně snažil nějakým způsobem předělat na ženský... No, nicméně ty metody samozřejmě nefungovaly, protože jakmile jsem před vyvrcholením začal myslet na dospělý ženy, tak mi erekce začala slábnout, že jo, a prakticky jsem nedosáhnul vrcholu, takže jsem se vlastně ani podle těch rad moc řídit nemohl no.“*

Z kvalitativních rozhovorů s parafilními delikventními pacienty v ochranném léčení sexuologickém (V6) vyplývá, že lidé s parafilní preferencí se nejčastěji dostanou do péče až ve chvíli, kdy je jim soudně nařízena. Do té doby většina z nich nikdy odbornou pomoc v souvislosti se svou sexuální preferencí nevyhledá. Pouze jeden z respondentů si připustil pedofilní sexuální preferenci a vyhledal péči sexuologů dobrovolně. Na základě této zkušenosti vyjádřil spokojenost s diagnostikou, se kterou se ztotožnil, ale vyjádřil nespokojenost s metodami, které mu byly doporučeny k aplikaci během masturbace:

*„...a pak ta terapie se.. na to, že jsem prostě tam přijel, popovídali jsme si pět minut o počasí, dostal jsem recept na léky a jel jsem zase domů.“*

V neposlední řadě respondentovi nevyhovovala medikace, která mu dle jeho slov znemožňovala masturbaci, od které si slibuje formu sexuálního vybití v zájmu snížení vlastní rizikovosti:

*„No a ty léky ze začátku teda to fungovalo, bylo to super, že prostě trošku člověku jakoby to libido ubyde, že na to nemyslí tak často žejo a podobně, ale prostě po čase ten lék začal působit za prvý vedlejší účinky, který jsou docela nepříjemný, to jsou bolesti bradavek jo, vypadávání ochlupení a podobný věci, nejhorší na tom byly asi depresivní stavy, protože vlastně ono mi to jaksi vzalo ne jenom tu chuť, jakoby ta tam nějakým způsobem zůstávala, ona byla nějakým způsobem potlačena, ale... no a já jsem potřeboval vlastně tu sexualitu nějakým způsobem vybit, ale když jsem masturboval, tak ty léky mi sebraly prožitek u toho vyvrcholení, takže to bylo vlastně takový mechanický, já jsem z toho nic neměl, což vlastně vedlo k tomu, že jsem byl vlastně deprimovanej z toho, že nemám žádnou možnost se nějak sexuálně vybit, že jo.“*

Tato negativní zkušenost u respondenta vedla k vysazení medikace a ukončení léčby.

Jako bariéra pro vyhledání pomoci byla identifikována skutečnost, že si respondenti sice uvědomovali svou odlišnou sexuální preferenci již před spácháním trestného činu, ale odmítali si ji připustit. Jako důvod pro sníženou ochotu připustit si vlastní parafilní preferenci byl uváděn strach a stud:

*„Chyba každého z nás byla v tom, že když jsme si to uvědomili, tak jsme se báli, báli jsme se si to přiznat a vyhledat pomoc.“*

Dále někteří respondenti uvedli jako důvod neochotu vzdát se toho, co mají rádi a přináší jim radost:

*„Jo....my s panem psychologem máme právě takovou krásnou větičku na tohle to, že jsme....nechtěli přijít o to, co jsme měli tak rádi. A ta věta je prostě fakticky trefná, jo, protože opravdu člověk nerad přichází o to, co má rád, i když ví, že to není úplně košer, natož v tomhleto případě to bylo úplně špatný, že jo.“*



V rámci snahy nepřipustit si svou vlastní preferenci uplatňoval jeden z respondentů dle vlastních slov bagatelizování celé situace, přirovnávání trestné činnosti ke hře apod.:

*„Jo...my jsme se chlácholili tím, že vlastně nic špatného neděláme, že to je jenom nějaký hraní si s těma oběťma, prostě že to vlastně nijakým způsobem neublíží. Ouha...ted' prostě víme opak, že jo.“*

Dále jeden respondent uváděl příklady hledání falešných odůvodnění pro vlastní chování a preference, zejména zvědavost. Vyhledávání mladších sexuálních objektů bylo v jednom případě odůvodňováno jako kompenzace chybějícího vztahu s vrstevníky v době vlastního dětství:

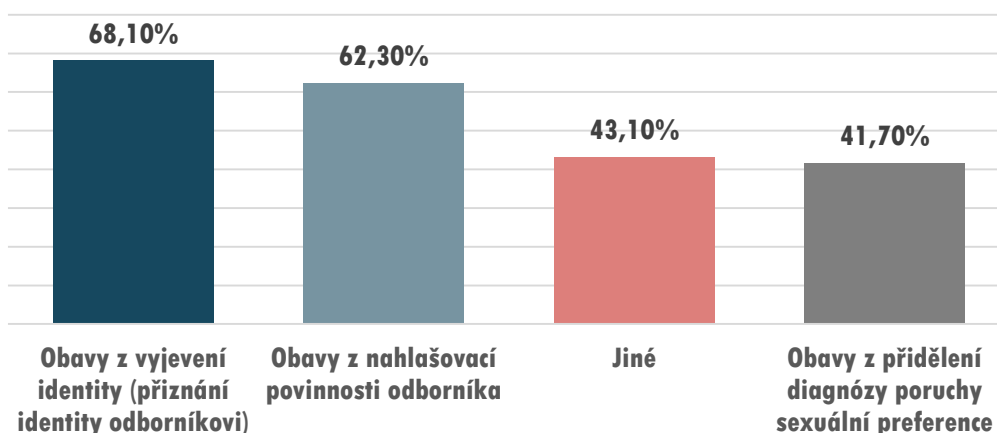
*„A...odůvodňoval sem si to, a to si uvědomuju, že sem si to takhle odůvodňoval, tím že totiž eh...jsem byl vytrženej trošku jakoby z...v dětství... z...ze společnosti kamarádů, protože jsme se někdy...v 11, když mi bylo, tak jsme se přestěhovali ze sídliště na okraj města do domku, kde sem neměl žádný vrstevníky, neměl sem tam prakticky žádný kamarády, takže po škole, domů a tím to prostě jakoby haslo.“*

Dle výpovědí respondentů dochází k páchání sexuální trestné činnosti a neochotě vyhledat odbornou pomoc v kontextu omezené empatie vůči oběti a omezené schopnosti náhledu její zranitelnosti:

*„...věděl jsem jako, že jsem pedofil, ale prostě, nic jsem si o tom nezjišťoval, asi jsem ani nechtěl si o tom zjišťovat, protože mně v tomhle bylo krásně a i přes můj první rozsudek jsem vlastně dál pokračoval v té trestné činnosti, protože mně bylo jedno, jak se ti kluci budou cítit, mně bylo úplně jedno jak, ne jak dopadnu, asi, já jsem o tom ani nepřemýšlel, nechtěl jsem o tom ani přemýšlet, já jsem šel prostě za svou touhou a udělal jsem pro to maximum.“*

Podle výpovědí českých sebe-identifikujících se pedofilů v komunitě ČEPEK (V1) patří mezi důvody, proč nevyhledali odbornou pomoc, zejména strach z deanonymizace, obava z nahlásovací povinnosti odborníka, strach z přidělení diagnózy, hormonální léčby, a jiné jako stigmatizace ze strany odborníka/společnosti, neznalost toho, na koho se obrátit, strach z okamžitého přidělení medikace (Graf 1).

**Graf 1. Důvody nevyhledání odborné pomoci v komunitě ČEPEK (N=86)**



Zdroj: Průzkum v komunitě ČEPEK, 2019

Novější průzkum v komunitě ČEPEK (V1) odhalil další bariéry: víra v to, že mají své chování pod kontrolou, přesvědčení, že odbornou pomoc nepotřebují, nebo obava z nerespektování lékařského tajemství a nahlášení policii či jiným úřadům.

Průzkum v rámci BDSM (V1) komunit odhalil, že 85,5% respondentů nikdy kvůli svým sexuálním preferencím nevyhledali odbornou pomoc. Jako důvody uvádějí: přesvědčení, že odbornou pomoc nepotřebují (46,4%) a víru v to, že mají své chování pod kontrolou (38,1%). Oslovení peerů z BDSM komunit uvádí, že se mezi nimi vyskytují lidé, kteří by odbornou pomoc ocenili, jen se bojí ji vyhledat. V komunitách převládá názor, že zdravotní péče jim nenabízí bezpečný prostor, kde by mohli své problémy řešit. Mnoho členů komunit se ke zdravotní péči staví obezřetně, mají obavy, že odborníci budou chtít změnit jejich preferenci, po čemž podle názorů peerů většina členů komunit netouží.

Přesto se u cílové skupiny objevují témata, která by chtěla s odborníkem řešit: přijetí vlastní sexuality, suicidální tendence, depresivní a anxiózní symptomy, problémy v partnerském a rodinném životě, vysokou míru stresu z vlastní autostigmatizace či ze strachu z odhalení své preference ve svém okolí, pocity sociální izolace, naučit se zvládat parafilní sexuální tužby v mezích zákona. V rámci BDSM komunity pak i potíže s udržením hranic bezpečných konsenzuálních BDSM aktivit.

Poněkud alarmující výsledky přinesl v tomto ohledu průzkum (V2) zaměřený na skupinu osob s preferencí pro nesouhlas/sexuální násilí nebo preferenci nezletilých objektů v rámci reprezentativního českého on-line panelu, kde většina zacílených osob uvádí, že pomoc nepotřebují a že mají svoji sexuální preferenci pod kontrolou. Tato nízká motivace k péči se často objevovala právě u osob, kde bylo pomocí standardizovaných nástrojů možné nepřímo předpokládat zvýšenou rizikovost pro sexuální delikvenci (např. podle Bumby Molest/Rape Scale, Bumby, 1996).

Na základě predikčních modelů provedených v rámci tohoto průzkumu (V2) usuzujeme, že s největší pravděpodobností odbornou pomoc vyhledají lidé, kteří mají vyšší depresivní tendence, mají sami motivaci odborníka navštívit a věří v jeho odborné schopnosti, a dále ti, kdo své sexuální chování sami považují v nějakém ohledu za škodlivé, ale nejsou schopni toto chování změnit či ovládnout (Nováková et al., v přípravě).

Z dosavadních zkušeností s odbornou péčí vyzdvihují členové komunity ČEPEK jako hlavní motivaci pro docházení do péče možnost s někým o své parafilii mluvit otevřeně bez pocitu stigmatizace. Naopak negativně vnímají nejednotnost odborníků (např. při návštěvě různých odborníků dostali u každého jinou diagnózu), automatické nasazení medikace bez hlubšího posouzení jejich stavu a vnímali nedostatek času, který pro ně má daný odborník vyhrazen. Na obecné úrovni kritizují zejména nastavení českého systému, tj. dlouhé čekací doby, nedostatek odborníků (v některých krajích zcela chybí sexuolog) a možnost okamžité anonymní odborné intervence (internetové, telefonní či možnost hospitalizace).

Údaje z rozhovorů mezi českými odborníky z pracovišť ochranné sexuologické léčby (V3) ukazují, že mají zkušenost i s dobrovolnými klienty s parafilní preferencí. Z těchto rozhovorů vychází, že u dobrovolných klientů představuje motivace podstoupit intervenci významný činitel pro vyhledávání odborné pomoci.



*„Ano, takový pacienti k nám chodí, je u nich důležitá motivace...“*

*„Já bych rozlišil ještě dva typy dobrovolných pacientů. Jedni jsou opravdu dobrovolný, který prostě přijde, protože vědí, že to tak je, cejtí to, má fantazie a tak dále. Nebo třeba má i trochu problém něco zvládnout a pak jsou taková ta pacienta, kteří přijdou a že jim někdo dal nůž na krk. Řekl buď to nahlásím policii, co jsi udělal a nebo se půjdeš léčit. ... No tak, ti co jsou takzvaně dobrovolný, protože taková dobrovolně povinný, tam bych řekl, že se (s motivací) mnohem víc blíže těm nařízeným léčbám.“*

#### 1.4.2. Současná nabídka odborné zdravotnické péče pro parafiliky v systému prevence ČR

Nabídka odborné péče pro jedince s parafilní preferencí v rámci zdravotního systému je pokrytá v rámci psychiatrických ambulančí, ambulančí psychiatrické sexuologie, sexuologických ambulančí, ambulančí klinického psychologa a v rámci ústavní lůžkové péče – v psychiatrických nemocnicích, psychiatrických/sexuologických oddělení nemocnic.

V těchto zařízeních pracují psychiatři (odbornost 305)<sup>1</sup>, sexuologové (odbornost 309)<sup>2</sup>, kliničtí psychologové (odbornost 910)<sup>3</sup>, psychiatrické sestry (odbornost 914)<sup>4</sup> a další ošetrovatelský personál (zdravotně-sociální pracovníci, ergoterapeuti, aj.)<sup>5</sup>. Lidé s parafilní preferencí se většinou v těchto zařízeních léčí nedobrovolně na základě rozhodnutí soudu. Mohou se však léčit i dobrovolně, ale tuto možnost využívá jen velmi málo z parafiliků, kteří dosud žádný sexuální delikt nespáchali. V případě nařízené ochranné léčby sexuologické pro pachatele sexuálně motivované trestné činnosti s diagnózou parafilie je nabízena jak ambulantní, tak lůžková (tzv. ústavní) péče. Výkony v ambulantní a lůžkové péči, stejně tak v ochranné léčbě jsou financovány z prostředků zdravotního pojištění. V případě ambulančí, které nemají uzavřené smlouvy s konkrétními pojišťovnami, si musí náklady spojené s péčí hradit klient/pacient sám.

<sup>1</sup> Splňuje požadavky dle § 5 zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon č. 95/2004 Sb.).

<sup>2</sup> Splňuje požadavky dle § 5 zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon č. 95/2004 Sb.) a dle vyhlášky č. 152/2018, o nastavbových oborech vzdělávání lékařů a zubních lékařů.

<sup>3</sup> Splňuje požadavky dle § 22 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon č. 96/2004 Sb.) a současně splňuje vzdělání podle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, ve znění pozdějších předpisů (dále jen Nařízení vlády č. 31/2010 Sb.).

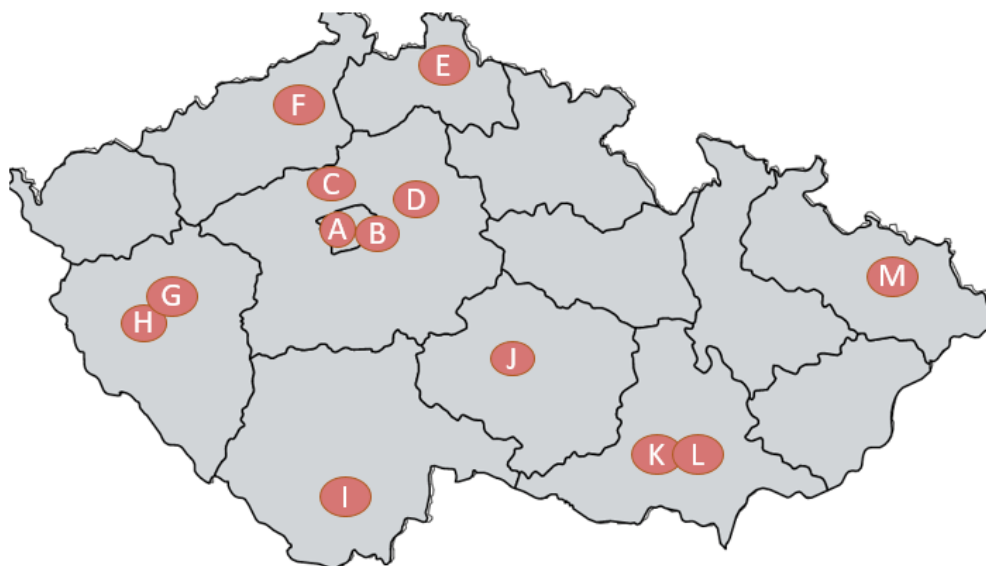
<sup>4</sup> Splňuje požadavky dle § 5 zákona č. 96/2004 Sb. a v případě sestry pro péči v psychiatrii současně splňuje vzdělání podle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb.

<sup>5</sup> Splňuje požadavky dle § 110 zákona o sociálních službách.



K 1. 1. 2020 je registrováno 109 poskytovatelů zdravotních péče v oboru sexuologie <sup>6</sup>. V případě specializovaných ambulancí psychiatrické sexuologie, které existují pouze v krajských městech, připadá na 100 tisíc obyvatel v malých aglomeracích 0,75 úvazku odborníka a ve velkoměstských aglomeracích 1,0 úvazek <sup>7</sup>. Podle odborné zprávy Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí) je potřeba 1 sexuologické ambulance na cca 250 000 obyvatel. Tento počet je tak nedostačující. Obrázek 1 uvádí sexuologická oddělení a ambulance při nemocnicích v ČR.

**Obrázek 1. Seznam sexuologických oddělení a ambulancí při nemocnicích v ČR.**



**Legenda:**

A - Sexuologický ústav, VFN a 1LF UK, B – PN Bohnice, C – PN Horní Bečkovice,  
D – PN Kosmonosy, E – KN Liberec, F – Masarykova nemocnice Ústí nad Labem,.  
G – FN Lochotín, Plzeň, H – PN Dobřany, I – Nemocnice České Budějovice,  
J – PN Havlíčkův Brod, K – FN Brno Bohunice, L – PN Brno, M – FN Ostrava

<sup>6</sup> <https://nrpzs.uzis.cz>

<sup>7</sup> [https://www.psychiatrie.cz/images/stories/revize\\_koncepcie\\_2008.pdf](https://www.psychiatrie.cz/images/stories/revize_koncepcie_2008.pdf)

#### 1.4.2.1. Dobrovolná ambulantní péče (AL)

Na základě údajů z rozhovorů se sexuology poskytující ambulantní léčbu sexuologickou (V3) vyplývá, že ambulantní péče zahrnuje převážně psychoterapeutickou a farmakoterapeutickou intervenci. Na základě vstupních psychodiagnostických a anamnestických vyšetření je ve většině případů stanovena sexuologická či psychiatrická diagnóza. Následně je s pacientem vypracován tzv. terapeutický plán, v rámci kterého si pacient společně s lékařem stanovuje cíle, kterých by chtěl pacient v terapii dosáhnout. Cílem farmakoterapie je zejména zklidnění a útlum naléhavosti sexuálních pudů. Psychoterapií je doporučeno cílit zejména na snížení distresu spojeného s parafilii, získání informací o možnostech realizace vlastní sexuality a partnerského života a zejména náhledu na vlastní parafilii. V případě dobrovolné terapie je frekvence setkávání individuální a závisí jak na závažnosti zakázky pacienta, tak i na délce trvání terapie. Ze začátku bývá frekvence setkávání 1-2x za měsíc, po prvním roce léčby se frekvence prodlužuje.

Celkový počet pacientů s diagnózou F65 vedených na odděleních a ambulancích psychiatrie (odbornost 305, 306, 307, 308) či sexuologie (odbornost 309) se v období 2010-2018 pohyboval mezi 1273 – 1486 pacientů ročně. Nejvíce zastoupená parafilie mezi pacienty je pedofilie (v průměru 427 pacientů ročně v letech 2010-2018). Tabulka 4 uvádí počty pacientů s dalšími vybranými parafiliiemi v letech 2010-2018.

**Tabulka 4. Počet ambulantních pacientů s diagnózami F65 v letech 2010-2018.**

| Kód   | Parafilie                          | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|-------|------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| F65.2 | Exhibicionismus                    | 293  | 262  | 257  | 250  | 238  | 241  | 240  | 232  | 230  |
| F65.4 | Pedofilie                          | 467  | 466  | 447  | 426  | 427  | 409  | 400  | 389  | 412  |
| F65.5 | Sadomasochismus                    | 277  | 251  | 246  | 240  | 193  | 209  | 197  | 187  | 178  |
| F65.8 | Jiné poruchy sexuální preference   | 264  | 263  | 270  | 243  | 239  | 228  | 253  | 255  | 284  |
| F65.9 | Porucha sexuální preference NS     | 157  | 159  | 151  | 145  | 109  | 147  | 137  | 157  | 160  |
| F65   | Celkem poruchy sexuální preference | 1486 | 1439 | 1389 | 1346 | 1277 | 1273 | 1290 | 1280 | 1316 |

Zdroj: ÚZIS, 2020

Pozn. Dg. vykázána na hlavní pozici, odbornosti 305, 306, 307, 308, 309





Pacienti s diagnózou F65 v letech 2010–2018 navštěvovali nejčastěji ambulantního lékaře buď pouze 1x za rok či 11-20x za rok. Tabulka 5 uvádí souhrnný přehled počtu ambulantních návštěv pacientů s vybranými parafiliiemi v letech 2010-2018.

**Tabulka 5. Počet ambulantních návštěv pacientů s diagnózou F65 celkově v letech 2010–2018.**

|       |                                    | Počet návštěv |     |     |     |     |      |       |       |       |       |           |
|-------|------------------------------------|---------------|-----|-----|-----|-----|------|-------|-------|-------|-------|-----------|
| Kód   | Parafilie                          | 1             | 2   | 3   | 4   | 5   | 6-10 | 11-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51 a více |
| F65.2 | Exhibicionismus                    | 128           | 64  | 28  | 39  | 34  | 115  | 134   | 83    | 48    | 20    | 22        |
| F65.4 | Pedofilie                          | 236           | 93  | 74  | 53  | 52  | 202  | 238   | 141   | 74    | 38    | 45        |
| F65.5 | Sadomasochismus                    | 157           | 83  | 57  | 33  | 27  | 104  | 107   | 59    | 24    | 21    | 21        |
| F65.8 | Jiné poruchy sexuální preference   | 224           | 84  | 75  | 62  | 39  | 148  | 166   | 75    | 33    | 19    | 14        |
| F65.9 | Porucha sexuální preference NS     | 277           | 80  | 48  | 35  | 31  | 108  | 80    | 19    | 7     | 4     | 8         |
| F65   | Celkem poruchy sexuální preference | 761           | 342 | 268 | 189 | 144 | 631  | 738   | 416   | 218   | 128   | 141       |

Zdroj: ÚZIS, 2020

Pozn. Dg. vykázána na hlavní pozici, odbornosti 305, 306, 307, 308, 309

#### 1.4.2.2. Ochranné léčení sexuologické

Podle ustanovení § 36 TZ tvoří trestní sankce tresty a ochranná opatření. Z toho plyne, že se na ochranné opatření nahlíží jako na důsledek spáchání trestného činu, třebaže má ryze preventivní povahu. Může být uloženo nejen trestně odpovědným osobám, ale také osobám, jež nejsou trestně odpovědné (zejména pro nepříčetnost a nízký věk). Pro jejich ukládání je určující stejně jako pro tresty zásada humánnosti trestněprávního sankcionování (§ 37 odst. 2 TZ, čl. 7 odst. 2 LZPS).

Ochranné léčení sexuologické je ukládáno pachatelům sexuálních deliktů, kteří ho spáchali v důsledku poruchy sexuální preference. Z hlediska sexuologické diagnózy a sexuálního deliktu je ochranné léčení sexuologické nejčastěji ukládáno pedofilům za trestný čin pohlavního zneužití (§ 187 TZ) a patologickým sexuálním agresorům za trestný čin znásilnění (§ 185 TZ). Účelem ochranného léčení je terapeutické působení na osoby, které se dopustily trestného činu, a zároveň zajištění ochrany společnosti před jejich recidivou. V České republice existují dva typy ochranného léčení: ústavní a ambulantní. Ochranné léčení je možné ukládat samostatně, vedle trestu nebo místo trestu. O formě ochranného léčení rozhoduje soud na základě znaleckého posudku psychiatra a sexuologa. Ochranné léčení v ambulantní formě je vyhrazeno méně rizikovým sexuálním delikventům, kteří nemají těžké poruchy osobnosti či jinou psychopatologii. Ochranné léčení v ústavní formě se ukládá v případě chybějícího náhledu na poruchu a negativního postoje k léčbě. Ochranné léčení trvá, dokud to vyžaduje jeho účel, nejdéle však dva roky; nebude-li v této době léčba ukončena, rozhodne soud před ukončením této doby



o jejím prodloužení, a to opakovaně, vždy však nejdéle o další dvě léta; jinak rozhodne o propuštění z ochranného léčení nebo o změně ústavního léčení na léčení ambulantní (viz blíže § 99 odst. 6 TZ). Absolutní délka ochranného léčení není zákonem stanovena. Návrh na prodloužení ochranného léčení či návrh o změně způsobu výkonu ochranného léčení podává zdravotnické zařízení, státní zástupce nebo osoba, na níž se ochranné léčení vykonává (dle § 353 TČ). O změně ústavního ochranného léčení na zabezpečovací detenci rozhoduje soud podle § 351a TŘ.

**Tabulka 6. Specializovaná oddělení pro výkon ochranného léčení sexuologické a zabezpečovací detence**

|                                             | Kapacita lůžek | Průměrná délka OL v měsících |
|---------------------------------------------|----------------|------------------------------|
| Sexuologické oddělení PN Bohnice            | 20             | 24                           |
| Sexuologické oddělení PN Brno               | 21             | 29                           |
| Sexuologické oddělení PN Dobřany            | 29             | 18                           |
| Sexuologické oddělení PN Havlíčkův Brod     | 26             | 14                           |
| Sexuologické oddělení PN Horní Beřkovice    | 20             | 30                           |
| Sexuologické oddělení PN Kosmonosy          | 20             | 24                           |
| Věznice Kuřim                               | 37             | 12                           |
| Ústav pro výkon zabezpečovací detence Brno  | 45             | -                            |
| Ústav pro výkon zabezpečovací detence Opava | 50             | -                            |
| Ústav pro výkon zabezpečovací detence Praha | 28             | -                            |

Zdroj: sdělení pracovníků jednotlivých zařízení

#### 1.4.2.2.1. Ochranného léčení sexuologické v ambulantní formě

Ochranné léčení v ambulantní formě (OLA) probíhá formou pravidelných docházek do zařízení, které poskytuje sexuologickou a/nebo psychiatrickou ambulantní péči. Výhodou tohoto typu ochranného léčení je neomezení klienta na svobodě. Na základě rozhovorů se sexuology poskytující OLA (V3) vyplývá, že terapeutický proces je obdobný jako pro pacienty, kteří přicházejí do péče dobrovolně. Liší se však právě onou dobrovolností. Frekvence setkávání probíhá

1x měsíčně, následně se prodlužuje na 1x za tři měsíce až 1x za půl roku. O ukončení ochranné léčby ambulantní rozhoduje soud na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře.

Data o počtu pacientů v OLA dle diagnóz ÚZIS neevduje. Nejčastější počet ambulantních návštěv pacientů s OL s diagnózou F65 v letech 2010–2018 se pohyboval okolo 6-10 návštěv (277 pacientů celkem, 58 pacientů s diagnózou exhibicionismus). Pro diagnózu pedofilie a sadomasochismus se nejčastější počet návštěv pohyboval okolo 11-20. Tabulka 7 uvádí souhrnný přehled počtu ambulantních návštěv pacientů s OL a s vybranými parafiliiemi v součtu za roky 2010-2018.



**Tabulka 7. Počet ambulantních návštěv pacientů s ochrannou léčbou s diagnózou F65 celkově v letech 2010–2018.**

| Počet návštěv |                                    |    |    |    |    |    |      |       |       |       |       |           |
|---------------|------------------------------------|----|----|----|----|----|------|-------|-------|-------|-------|-----------|
| Kód           | Parafilie                          | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6-10 | 11-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51 a více |
| F65.2         | Exhibicionismus                    | 23 | 16 | 15 | 12 | 16 | 58   | 52    | 5     | 1     | 1     | 0         |
| F65.4         | Pedofilie                          | 40 | 26 | 22 | 24 | 24 | 81   | 84    | 10    | 2     | 0     | 2         |
| F65.5         | Sadomasochismus                    | 13 | 10 | 13 | 10 | 12 | 25   | 26    | 3     | 1     | 0     | 1         |
| F65.8         | Jiné poruchy sexuální preference   | 31 | 29 | 23 | 18 | 6  | 72   | 43    | 14    | 6     | 1     | 0         |
| F65.9         | Porucha sexuální preference NS     | 23 | 11 | 7  | 5  | 8  | 33   | 17    | 0     | 1     | 1     | 0         |
| F65           | Celkem poruchy sexuální preference | 99 | 87 | 76 | 69 | 66 | 277  | 243   | 39    | 10    | 5     | 3         |

Zdroj: ÚZIS, 2020

Pozn. Dg. vykázána na hlavní pozici, odbornosti 305, 306, 307, 308, 309

Ochranná léčba - vykázáni výkonu 35040, 09570, 99694, 35829 kdykoli v letech 2010-2018

Dle databáze CSLAV bylo ambulantní ochranné léčení za trestné činy mravnostní kriminality dle Trestného zákoníku 40/2009 Sb. v letech 2016-2019 nejčastěji ukládáno za trestný čin znásilnění (§ 185), pohlavní zneužití (§ 187), výroba a jiné nakládání s dětskou pornografií (§ 192) a zneužití dítěte k výrobě pornografie (§ 193). Konkrétní počty uložených ústavních ochranných léčební zobrazuje Tabulka 8.

**Tabulka 8. Počet uložených ochranných léčení v ambulantní formě za mravnostní trestné činy v letech 2016-2019.**

| Rok  | § 185<br>Znásilnění | § 186<br>Sexuální<br>nátlak | § 187<br>Pohlavní<br>zneužití | § 191 Šíření<br>pornografie | § 192 Výroba<br>a jiné<br>nakládání<br>s dětskou<br>pornografií | § 193<br>Zneužití<br>dítěte k<br>výrobě<br>pornografie | § 193b<br>Navazování<br>nedovolených<br>kontaktů s<br>dítětem |
|------|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 2019 | 15                  | 3                           | 27                            | 9                           | 32                                                              | 18                                                     | 9                                                             |
| 2018 | 18                  | 7                           | 10                            | 4                           | 16                                                              | 8                                                      | 2                                                             |
| 2017 | 12                  | 0                           | 29                            | 7                           | 19                                                              | 10                                                     | 7                                                             |
| 2016 | 16                  | 4                           | 19                            | 4                           | 19                                                              | 3                                                      | 2                                                             |

Zdroj: Databáze CSLAV, Přehled o pravomocně odsouzených fyzických osobách podle paragrafů – právní předpis TRZ2009 2016-2019, Ministerstvo spravedlnosti ČR.

#### 1.4.2.2.2. Ochranné léčení sexuologické v ústavní formě

Ochranné léčení v ústavní formě se vykonává ve zdravotnických zařízeních, zpravidla v psychiatrických nemocnicích. V České republice je aktuálně 6 specializovaných oddělení pro výkon ochranného léčení v ústavní formě. Léčebný program sexuologické ústavní ochranné léčby je založený na komplexní režimové léčbě pachatelů sexuálních deliktů, u nichž je diagnostikovaná parafilie, a to na základě znaleckého posudku. To je velký rozdíl oproti většině zahraničních systémů, kde terapie delikventních osob s parafilii probíhá v rámci obecných programů terapie pro sexuální delikventy (Klapilová et al., 2019). Na základě stáží pracovníků projektu Parafilik a rozhovorů s odborníky pracujícími na těchto odděleních byly shledány tyto společné rysy: Po přijetí pacienta probíhají vstupní anamnestické pohovory a je začleněn do vstupního režimového stupně. Léčba v ochranné léčbě ústavní je rozdělena dle režimového stupně, ve kterém je daný pacient zařazen. O zařazení do jednotlivých režimových stupňů obvykle rozhoduje terapeutický tým společně se skupinou dle míry spolupráce pacienta a plnění režimových prvků (hodnocené většinou terapeutickými body, které se za aktivitu přičítají a za neaktivitu/porušení řádu/nevhodné chování odčítají). Podmínky pro přechod z režimových stupňů se mezi odděleními liší v závislosti na plnění stanovených podmínek daného oddělení. Rozdělení do režimových fází má být ideálně nastaveno tak, aby mělo progresivní charakter, avšak v případě selhávání jsou tyto fáze prostupné oběma směry.

Účast na terapeutických aktivitách je ve všech zařízeních pro všechny pacienty povinná. Dále jsou pacienti povinni zúčastňovat se vizit, komunit, skupin, odborných přednášek, terapeutických pracovních aktivit, či individuálním psaním deníků. Do terapie jsou také zapojuvány blízké osoby pacientů (partneři a rodiče). Všechna oddělení také pracují s tzv. patrony, tj. pacienty, kteří jsou již v posledním režimovém stupni léčby a nově přicházejícímu pacientovi jsou kontaktní osobou.

**Tabulka 9. Analýza charakteristik režimových fází na odděleních pro výkon ochranné léčby ústavní sexuologické v ČR.**

| Oddělení                 | Režimový stupeň a jejich cíl                                                                              |                                               |                                                                 |                                                                  |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
|                          | Vstupní režim                                                                                             | Režim 1                                       | Režim 2                                                         | Režim 3                                                          |
| <b>PN Bohnice</b>        | Seznámení se s chodem oddělení, účast na přípravné terapeutické skupině                                   | Účast na terapeutických aktivitách            | Účast na terapeutických aktivitách                              | Náhled na parafilii/trestné činy, plán do budoucna, sebekontrola |
| <b>PN Dobřany</b>        | Bez povinnosti účastnit se terapeutických aktivit, seznámení se s chodem oddělení (cca 14 dní)            | Účast na terapeutických aktivitách            | Vytvoření náhledu na parafilii                                  | Náhled na parafilii/trestné činy, plán do budoucna               |
| <b>PN Havlíčkův Brod</b> | Bez povinnosti účastnit se terapeutických aktivit, proces rozhodování o spolupráci pacienta (max 1 měsíc) | Upřesnění diagnózy a korekce chování pacienta | Vytvoření náhledu na sexuální motivaci a tvorba krizového plánu | Náhled na parafilii a trestný čin, plán do budoucna              |

| PN<br>Kosmonosy | Vypracování životopisu a jeho přednesení na skupině, zapojení se do aktivit | Schopnost komunikace o sobě/ své sexualitě/trestném činu | Vytvoření náhledu na parafilii, empatie s obětí, práce s emocemi a vlastním já | Náhled a adaptace na svoji sexualitu, plán do budoucna |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|

Zdroj: Poskytnuté rozhovory a materiály z pracovišť ochranných léčeb (V3).

V letech 2010-2018 byla nejčtenější diagnóza, se kterou byli pacienti hospitalizováni v psychiatrických nemocnicích, pedofilie a jiné poruchy sexuální preference (tj. patologická sexuální agrese). Tabulka 10 uvádí počet pacientů hospitalizovaných v psychiatrické nemocnici s vybranými parafiliiemi v letech 2010-2018.

**Tabulka 10. Počet pacientů hospitalizovaných v psychiatrické nemocnici s hlavní diagnózou F65 v letech 2010-2018.**

| Kód   | Parafilie                          | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|-------|------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| F65.2 | Exhibicionismus                    | 11   | 15   | 18   | 17   | 12   | 18   | 26   | 29   | 27   |
| F65.4 | Pedofilie                          | 66   | 67   | 59   | 72   | 57   | 47   | 46   | 49   | 47   |
| F65.5 | Sadomasochismus                    | 32   | 38   | 37   | 35   | 39   | 44   | 47   | 47   | 41   |
| F65.8 | Jiné poruchy sexuální preference   | 26   | 29   | 37   | 45   | 59   | 69   | 72   | 77   | 66   |
| F65.9 | Porucha sexuální preference NS     | 24   | 24   | 24   | 24   | 22   | 30   | 27   | 25   | 19   |
| F65   | Celkem poruchy sexuální preference | 158  | 175  | 172  | 192  | 192  | 200  | 210  | 224  | 203  |

Zdroj: ÚZIS, 2020

Průměrná ošetrovací doba pro diagnózu F65 dosáhla v roce 2018 246,68 dnů, což je za sledované období nejvíce. Nejdelší celkovou průměrnou ošetrovací dobu vyžadovala léčba pedofilie a to 279,7 dnů, následovaná sadomasochismem se 250,24 dny. Tabulka 11 uvádí souhrnný přehled průměrného počtu ošetrovaných dnů pacientů s vybranými parafiliiemi v letech 2010-2018.

**Tabulka 11. Průměrný počet ošetrovaných dnů v daném roce pacientů hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích s hlavní diagnózou F65 celkově v letech 2010-2018**

| Kód   | Parafilie                        | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|-------|----------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| F65.2 | Exhibicionismus                  | 126  | 199  | 168  | 227  | 246  | 219  | 229  | 218  | 230  |
| F65.4 | Pedofilie                        | 202  | 201  | 217  | 192  | 223  | 229  | 249  | 246  | 280  |
| F65.5 | Sadomasochismus                  | 236  | 182  | 187  | 218  | 223  | 25   | 228  | 226  | 250  |
| F65.8 | Jiné poruchy sexuální preference | 198  | 127  | 129  | 197  | 177  | 199  | 205  | 174  | 202  |



|       |                                    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-------|------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| F65.9 | Porucha sexuální preference NS     | 171 | 219 | 165 | 125 | 163 | 135 | 180 | 197 | 166 |
| F65   | Celkem poruchy sexuální preference | 203 | 189 | 190 | 204 | 221 | 240 | 243 | 228 | 247 |

Zdroj: ÚZIS, 2020

Pozn. Dg. vykázána na hlavní pozici

Vzhledem k dlouhým hospitalizacím a možnostem změny dg. v průběhu, propustkám apod., zde neuvažujeme přímo délku hospitalizace, ale počet ošetřovacích dnů pacienta s danou dg. v daném roce.

Dle databáze CSLAV bylo ústavní ochranné léčení za trestné činy mravnostní kriminality dle Trestného zákoníku 40/2009 Sb. v letech 2016-2019 nejčastěji ukládáno za trestný čin znásilnění (§ 185), pohlavní zneužití (§ 187), výroba a jiné nakládání s dětskou pornografií (§ 192) a zneužití dítěte k výrobě pornografie (§ 193). Konkrétní počty uložených ústavních ochranných léčební zobrazuje Tabulka 12. Uvedené údaje však obsahují jen část případů, kdy došlo k uložení těchto ochranných opatření, a neobsahují případy, kdy bylo ochranné léčení v ústavní formě změněno na zabezpečovací detenci či naopak.

**Tabulka 12. Počet uložených ochranných léčení v ústavní formě za mravnostní trestné činy v letech 2016-2019.**

| Rok  | § 185<br>Znásilnění | § 186<br>Sexuální<br>nátlak | § 187<br>Pohlavní<br>zneužití | § 191 Šíření<br>pornografie | § 192<br>Výroba a<br>jiné<br>nakládání s<br>dětskou<br>pornografií | § 193<br>Zneužití<br>dítěte k<br>výrobě<br>pornografie | § 193b<br>Navazování<br>nedovolenýc<br>h kontaktů s<br>dítětem |
|------|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 2019 | 23                  | 4                           | 15                            | 2                           | 9                                                                  | 8                                                      | 2                                                              |
| 2018 | 19                  | 0                           | 8                             | 2                           | 4                                                                  | 2                                                      | 2                                                              |
| 2017 | 19                  | 0                           | 9                             | 3                           | 4                                                                  | 3                                                      | 1                                                              |
| 2016 | 28                  | 1                           | 13                            | 1                           | 3                                                                  | 5                                                      | 2                                                              |

Zdroj: Databáze CSLAV, Přehled o pravomocně odsouzených fyzických osobách podle paragrafů – právní předpis TRZ2009 2016-2019, Ministerstvo spravedlnosti ČR.

#### 1.4.2.2.3. Ochranné léčení sexuologické ve výkonu trestu odnětí svobody

Třetí možností výkonu ochranného léčení sexuologického je jeho realizace ve výkonu trestu odnětí svobody, které se provádí u odsouzených, kterým soud vedle nepodmíněného trestu odnětí svobody uložil ochranné léčení a jeho výkon nařídil. Tuto možnost musí nařídít soud (i s ohledem na kapacitní možnosti), jelikož tuto variantu nabízí pouze jediný specializovaný oddíl pro výkon ochranného léčení sexuologického a to ve věznici Kuřim. Cílem oddělení je snížit nebezpečnost a pravděpodobnost recidivy u rizikových pachatelů s parafilní preferencí a přispět tak ke zvyšování

ochrany společnosti po propuštění z výkonu trestu.

**Výkon ochranného léčení souběžně s výkonem trestu odnětí svobody se jeví jako neoptimálnější způsob výkonu OL, jelikož dochází k terapeutické léčbě již ve věznici a je možné na ni navázat ve zdravotnickém zařízení po propuštění vězně z výkonu trestu.**

Péče v Kuřimské věznici je rozdělena do 3 samostatných fází. V první, tzv. přípravné fázi, pacient podstupuje a) vstupní sexuologické a psychologické vyšetření, b) samostudium odborné literatury o tématu sexuality a parafilii, c) individuální setkávání s psychologem, d) přípravné skupinové setkávání, jejichž cílem je podpora komunikačních dovedností a navázání důvěry v rámci skupiny. Délka této fáze je individuální a závisí na sestavení dostatečného počtu lidí do skupiny ve druhé fázi. Ve druhé, tzv. intenzivní fázi pacient podstupuje již skupinovou psychoterapii. Délka této fáze je přibližně 1 rok. Třetí fáze, tzv. následné péče obsahuje skupinová sezení na pomezí psychoterapie a sociálně-psychologického výcviku a dále individuální terapii s psychologem či sexuologem. Tato fáze trvá až do propuštění pacienta.

Za období 1998-2018 prošlo specializovaným oddílem 413 odsouzených s nařízeným ochranným sexuologickým léčením (do roku 2018 bylo době propuštěno z výkonu trestu 347 vězňů, Vězeňská služba ČR, 2019). Ke druhé recidivě (tj. spáchání stejného TČ) došlo u 33 klientů (tj. 9,5 % z celkového počtu propuštěných, Vězeňská služba ČR, 2019).

#### 1.4.2.3. Zabezpečovací detence

Zabezpečovací detence je nejpřísnějším druhem ochranného opatření a prostředkem ochrany společnosti před zvláště nebezpečnými duševně nemocnými (např. lidé s poruchou osobnosti, mentální retardací či parafilii) nebo jedinci závislých na návykových látkách, u kterých nemůže svůj účel splnit ochranné léčení ani v ústavní formě. V podstatě se jedná o časově neomezenou izolaci těchto osob ve zvláštních detenčních ústavech střežených Vězeňskou službou a v jejímž průběhu se na tyto osoby působí souborem různých léčebných, psychologických, vzdělávacích, pedagogických, rehabilitačních a dalších programů tak, aby na základě jejich působení byl u těchto osob dosažen takový stav, ve kterém by bylo možné změnit zabezpečovací detenci na ústavní ochranné léčení.

V porovnání s ústavním ochranným léčením jde o kvalitativně zcela odlišné ochranné opatření, reagující na obtíže, které přicházejí v průběhu ústavního ochranného léčení u osob s parafilní preferencí a dalších nepřizpůsobivých odsouzených. Nicméně zákon ve všech případech ukládání zabezpečovací detence vymezuje jako základní podmínku pro její uložení subsidiaritu k ochrannému léčení.

Zde je vhodné připomenout, že podle § 100 odst. 6 TZ lze při změnit dodatečně zabezpečovací detenci na ústavní ochranné léčení, pominou-li důvody, pro něž byla uložena, a jsou současně splněny podmínky pro ústavní ochranné léčení. Podobně lze podle § 99 odst. 5 TZ postupovat v opačném směru, tj. od ochranného léčení k zabezpečovací detenci.

V ustanovení § 100 TZ jsou stanovené podmínky pro obligatorní nebo fakultativní uložení ochranné detence. Soud uloží zabezpečovací detenci

- 1) pachateli zločinu podle § 14 odst. 3 TZ spáchaného ve stavu zmenšené přičetnosti nebo ve stavu vyvolaném duševní poruchou, u něhož soud upustil od potrestání s tím, že uložená zabezpečovací detence lépe zajistí ochranu společnosti než trest, přičemž nebylo možno očekávat, že by uložené ochranné





léčení s přihlédnutím k povaze duševní poruchy a možnostem působení na pachatele vedlo k dostatečné ochraně společnosti, nebo

- 2) pachateli činu jinak trestného, který by naplňoval znaky zločinu, jenž není trestně odpovědný z důvodu nepřičetnosti a jehož pobyt na svobodě je nebezpečný a přitom nelze očekávat, že by uložené ochranné léčení s přihlédnutím k povaze duševní poruchy a možnostem působení na pachatele vedlo k dostatečné ochraně společnosti.

Výkon zabezpečovací detence je upraven zákonem č. 129/2008 Sb., o výkonu zabezpečovací detence a o změně některých souvisejících zákonů. Délka setrvávání v zabezpečovací detenci není omezena, soud však musí nejméně jednou za 12 měsíců (u mladistvých pachatelů jednou za 6 měsíců) přezkoumat, zda důvody pro další výkon zabezpečovací detence trvají. Děje se tak na návrh ústavu pro výkon zabezpečovací detence, státního zástupce nebo osoby, na níž se vykonává zabezpečovací detence, anebo i bez takového návrhu. V případě, že odborná komise rozhodne o ukončení pobytu chovance v detenci na základě jednotlivých komplexních zpráv za celé období trvání zabezpečovací detence, soud může zabezpečovací detenci změnit na ochranné léčení prováděné ústavní formou či výkon příslušného ochranného opatření ukončit.

V České republice jsou v současné době tři ústavy pro výkon zabezpečovací detence, a to v Brně, Opavě a od ledna 2022 i v Praze. Na základě stáží pracovníků projektu Parafilik a rozhovorů s odborníky pracujícími na těchto odděleních byly nalezeny tyto společné rysy. Péče v zabezpečovacích detencích je rozdělena dle režimového stupně, ve kterém je daný chovanec zařazen, a terapeutického stupně. O zařazení do jednotlivých režimových stupňů rozhoduje terapeutický tým dle míry spolupráce chovance a plnění režimových prvků. Tyto režimové stupně jsou: výrazně nespolupracující/převážně nespolupracující/převážně spolupracující/aktivně spolupracující. Terapeutické stupně reflektují míru připravenosti k léčbě, včetně schopnosti reflektovat vlastní postoje k trestné činnosti, náhledu na duševní poruchu a motivaci k léčbě. Rozdělení terapeutických stupňů jsou na: nemotivovaní a nepřipravení k léčbě/motivovaní, avšak nepřipravení k léčbě/motivovaní a připravující se k léčbě/motivovaní a připravení k léčbě. Rozdělení do terapeutických a režimových fází je nastaveno tak, aby mělo progresivní charakter, avšak v případě selhávání jsou tyto fáze prostupné oběma směry.

Do Ústavu pro výkon zabezpečovací detence (ÚPVZD) Brno jsou přijati všichni chovanci s uloženou zabezpečovací detencí. Po přijetí chovance s diagnózou parafilie probíhají individuální anamnestické pohovory a psychodiagnostika na screening intelektu a osobnosti. Nástupní proces trvá 4 týdny, následně je chovanec přeřazen do režimové péče. Chovanci podstupují jednou za měsíc skupinovou psychoterapii a dle vlastní potřeby individuální pohovory, které kombinují psychoedukaci, psychologické poradenství a terapii. V průběhu jsou pak někteří chovanci přemístěni do dalších ÚPVZD. Terapeutické aktivity jsou pro chovance v ÚPVZD Brno povinné.

V ÚPVZD Opava po přijetí chovance s diagnózou parafilie probíhají individuální anamnestické pohovory. Diagnostický proces a odborná sexuologická péče z důvodu chybějícího sexuologa neprobíhají. Chovanci podstupují individuální a skupinovou terapii, která probíhá dvakrát do týdne. Jedna ze skupinových terapií je obecná, druhá sexuologická či toxikomanická. Veškeré terapeutické aktivity jsou pro chovance dobrovolné.

ÚPVZD Praha vznikl v lednu 2022, chovanci sem byli přemístěni z Brna či Opavy. Terapeutické aktivity zahrnují skupinovou psychoterapii, která probíhá jednou týdně, dobrovolně mohou využít i individuální terapii. V rámci aktivit s psychologem mohou chovanci využít sociálně





psychologický výcvik, který probíhá skupinově jedenkrát týdně, dále seminář s psychologem s frekvencí jednou za 14 dní a individuální psychologické poradenství.

Dle databáze CLSAV byla zabezpečovací detence dle Trestného zákoníku 40/2009 Sb. v letech 2016-2019 několikrát udělena za trestný čin znásilnění (§ 185), a jednou za pohlavní zneužití (§ 187). Konkrétní počty uložených ústavních ochranných léčebnů zobrazuje Tabulka 13.

**Tabulka 12. Počet uložených ochranných léčebnů v ústavní formě za mravnostní trestné činy v letech 2016-2019.**

| Rok  | § 185 Znásilnění | § 187 Pohlavní zneužití |
|------|------------------|-------------------------|
| 2019 | 2                | 0                       |
| 2018 | 2                | 0                       |
| 2017 | 2                | 1                       |
| 2016 | 0                | 0                       |

Zdroj: Databáze CSLAV, Přehled o pravomocně odsouzených fyzických osobách podle paragrafů – právní předpis TRZ2009 2016-2019, Ministerstvo spravedlnosti ČR.

### 1.4.3. Parafilie v odborné péči: současné postupy v ČR

#### 1.4.3.1. Diagnostika parafilií

Pro nastavení prospěšné terapeutické intervence u jedinců s parafilní preferencí je důležité odborné vyšetření s cílem určit, zda se parafilie u jedince vyskytuje, či nikoliv. V českém sexuologickém prostředí se pro určení přítomnosti parafilie využívají metody anamnestické, psychodiagnostické a specifickým bodem jsou v ČR dobře rozvinuté metody psychofyzilogické (Weiss, 2017).

Česká sexuologická škola používá některé vlastní specifické diagnózy, které se svojí terminologií často odlišují od zahraniční literatury. Jedním z příkladů je patologická sexuální agresivita, která doposud nebyla uvedena v žádné oficiální klasifikaci duševních poruch (MKN, DSM) a v České republice je zpravidla kódována jako F 65.8 – jiná porucha sexuální preference. V MKN-11 však bude patologická sexuální agresivita spadat do parafilních poruch zahrnující nesouhlasné osoby. Druhým příkladem je diagnóza hebefilie/efebofilie. Zatímco v českém kontextu hebefilie označuje sexuální preferenci pro dospívající dívky a efebofilie pro dospívající chlapce ve věkovém rozmezí 14-19 let, v zahraniční literatuře se pojmem hebefilie označuje sexuální preference pro děti v pubertální době a pojmem efebofilie se označuje sexuální preference pro post pubescentní jedince. V zahraničí tak těmito pojmy nerozlišují preferované pohlaví, ale preferované tělesné schéma (např. Seto, 2017).

#### 1.4.3.1.1. Anamnestické vyšetření

Metoda anamnestické explorace je stále klíčovou metodou k určení přítomnosti parafilie. Zaměřený rozhovor s pacientem totiž umožňuje prozkoumat jednotlivé oblasti jeho života a určit možný odchýlný vývoj sexuální motivace (Weiss, 2017). Tato metoda je samozřejmě závislá od ochoty vyšetřovaného svěřit se pracovníkovi, který vyšetření provádí a údaje pro základní diagnózu se mohou proměňovat v průběhu delšího kontaktu s vyšetřovaným (např. získání vyšší důvěry, motivace k léčbě, observace chování ve skupině atd.).



Anamnestické vyšetření „Poruchy sexuální preference mužů“ z Katedry psychiatrie na Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (Praha, 1999) obsahuje doporučení pro zařazení následujících okruhů:

- ▶ Školní věk – frekvence hraček, schopnost bránit se, vyhledávaná společnost, přezdívka, přání zaměstnání, záliby, erotické zážitky
- ▶ Dospívání – zájem o dívky, první zážitky (první schůzka, líbání, osahávání, zamilování, první ejakulace, první koitus), další zážitky
- ▶ Sny, fantazie, zvláštní zážitky – masturbace, poluční sny, vzrušující situace (pornografie)
- ▶ Skutečné sexuální chování
- ▶ Specifické otázky k jednotlivým typům parafilie

Součástí anamnestické explorační má být i základní body životní historie pacienta, zaměřující se na rodinnou (tj. vztah k rodičům, jejich zdravotní stav, přítomnost fyzického, sexuálního či citového zneužívání) a celá osobní anamnéza (tj. zdravotní, vztahovou, sexuální oblast; Weiss, 2017).

Z rozhovorů s klinickými pracovníky vyplývá (V3), že většina z nich vychází při anamnestickém vyšetření z výše uvedených okruhů, ale na žádném pracovišti neexistují předepsané postupy/okruhy otázek, které by daný lékař či psycholog měl s klientem/pacientem projít.

V případech umístění klienta do ochranné léčby či detence pacient již s diagnózou parafilie přichází od soudu. Na daném pracovišti pacient při příchodu prochází buď potvrzovací diagnostikou, nebo k jejímu potvrzení dochází v průběhu terapie. V rámci rozhovorů nám odborníci (V3) sdělili, že:

„...diagnostika se leckdy utváří nebo proměňuje v průběhu celého léčebného procesu.“

„...terapeutický proces je stále procesem diagnostickým.“

#### 1.4.3.1.2. Psychodiagnostické vyšetření

V České republice nejsou zavedeny specializované psychodiagnostické metody zaměřené na zjištění přítomnosti parafilie. Využívané psychologické testy při diagnostice parafilií přispívají spíše k charakteristice inteligence, rozboru osobnosti, chování a motivace a schopnosti léčby a následné resocializace (Weiss, 2017).

Z rozhovorů s klinickými pracovníky vyplývá (V3), že psychodiagnostické vyšetření s klienty/pacienty postupuje vždy daný psycholog na pracovišti. Výběr psychodiagnostických testů závisí vždy na daném psychologovi, jeho zkušenostech a oprávnění a liší se dle pracoviště.

#### 1.4.3.1.3. Psychofyzilogické vyšetření

Nejvýznamnějším představitelem psychofyzilogických diagnostických metod používaných v české sexuologické praxi je pletysmografie (falopletysmografie PPG, vaginální fotopletysmografie VPG), která má v ČR dlouhou tradici. V současnosti je nejvíce využívanou značkou pletysmograf společnosti GETA, který byl v ČR vyvinut. Tento pletysmograf umožňuje kontinuální zaznamenání objemových změn obvodu penisu či změn prokrvení pochvy v reakci na prezentaci erotických podnětů různého charakteru. Falopletysmografické vyšetření je na většině pracovišť v České republice považováno pouze za pomocné vyšetření, které má diagnostickou hodnotu především v rámci komplexního posouzení osobnosti. Taktéž se k tomuto vyšetření

přístupuje pouze na principu dobrovolnosti klienta/pacienta a v rámci forenzních posudků bývá vyšetřování považováno pouze za podpůrný diagnostický materiál.

Všechna navštívená pracoviště v ČR jsou v současnosti vybavena přístrojem SPI/SP2 dodávaný společností GETA. Dodávaná sada obsahuje 2 falometrické a 1 vulvometrickou sondu, elektrokardiografické elektrody k měření kožně-galvanického reflexu a uživatelský software. Uživatelský software obsahuje databázi měření se základními osobními údaji klientů a naměřená data. Jsou k dispozici informace o uloženém měření, především časové údaje, snímané kanály, parametry série a seznam zobrazených podnětů. Měřené osobě lze zobrazovat podněty několika způsoby, včetně předem definovaných sérií s detailním nastavením parametrů (pořadí podnětů, čas zobrazení, atd.). Spouštění podnětů může být od manuálního až po zcela automatické. Program je také vybaven statistickým modulem, který z naměřených dat počítá základní statistiky pro jednotlivé podněty a pro kategorie – maximální hodnota, průměrná hodnota a z-skór. Vypočítané statistiky lze také získat v grafické podobě<sup>8</sup>.

Společnost GETA dodává společně se sexuologickým pletysmografem i sadu erotických podnětů, které některá pracoviště využívají. Jiná pracoviště používají soudně zabavené erotické materiály s parafilním obsahem, které získali v rámci forenzních posudků, případně stažené fotografie z internetu. Základní sada společnosti GETA obsahuje 31 snímků v 4 kategoriích: neutrální (1 podnět), dívky (5 podnětů), chlapci (5 podnětů), dospívající dívka (5 podnětů), dospívající chlapec (5 podnětů), dospělá žena (5 podnětů), dospělý muž (5 podnětů). Na snímcích jsou zobrazeny barevné a černobílé statické postavy bez pohybu. Cílem této sady je určit sexuální orientaci a preferovaný objekt měřené osoby. Druhá testovací sada obsahuje 31 snímků (1 neutrální podnět – krajina, a 30 podnětů zobrazujících různé sadomasochistické aktivity). Cílem této sady je určit přítomnost a míru sexuální preference pro agresí. Třetí testovací sada obsahuje 62 snímků a obsahuje různé parafilní aktivity (např. pedofilie, fetišismus, zoofilie, gerontofilie, BDSM aktivity, heterosexuální aktivity, homosexuální aktivity, pyromanie). Tato sada je jedinou sadou, u níž máme k dispozici výzkumná data, která mohou ukazovat na validitu použití pro určení věkové preference (Trojan, 2017).

#### 1.4.3.1.4. Risk assesment: určení rizikovosti pro spáchání sexuálního deliktu

Hodnocení potenciálního rizika sexuálně násilného jednání je jedním ze základních úkolů komplexní diagnostiky klienta/pacienta s parafilii a měl by sloužit jako podklad k nastavení terapeutické péče o ně. Standardizované risk-assessmentové nástroje jsou v zahraničí běžnou součástí systému a jsou administrovány pracovníky ve zdravotnictví, sociální a forenzní oblasti. Umožňují predikci pravděpodobnosti recidivy v budoucím chování dané osoby. Ve většině západních zemí pak rovněž umožňuje uplatnit logiku pro nastavování intervencí v systému podle principů „risk, need a responsivity“ (Andrews & Dowden, 2007). Osoby, které jsou nositeli nejvýznamnějších rizik, by měli dostávat nejintenzivnější intervenci ve smyslu ošetření dynamických tzv. kriminogenních faktorů či potřeb. Kvalitní hodnocení rizikovosti by mělo být rovněž součástí expertních forenzních posudků.

<sup>8</sup> <http://www.getacentrum.cz/data/download/GEM4S/Prospekt%20P201402GEM4SCZ.pdf>

Z našeho průzkumu napříč pracovišti v ČR (V3) vyplývá, že na navštívených pracovištích hodnocení rizikovitosti nějakým způsobem probíhá. Jeho podkladem však nejsou standardizované risk assesmentové nástroje (vyjma dvou pracovišť, kde pilotně používají výše zmiňované nástroje), ale nestrukturované klinické pozorování pacienta během léčby, reflektování chování pacientů na propustkách a diskutování jeho stavu na týmových poradách. Toto zhodnocení má proto nízkou reliabilitu a je vysoce závislé na zkušenostech a dovednostech odborníka, který jej provádí. Zcela chybí unifikace přístupu napříč pracovišti, příprava odborníků pro adekvátní určení a nejsou zavedeny a implementovány standardizované nástroje k jeho posouzení.

Velmi recentně nově vzniklý Forezní multidisciplinární tým inicioval zavedení prvních standardizovaných metod pro hodnocení rizikovitosti klienta do české praxe. Tato pracovní skupina na základě řešerše zvolila čtyři nástroje, které budou využívat pro standardizovaný risk assesment svých klientů a to HCR-20V3 (Douglas et al., 2013), SVR-20V2 (Kanters et al., 2017), SAPROF (de Vogel et al., 2011) a SAVRY (Gammelgård et al., 2008; jejich popis viz Páv et al., 2020). Z těchto nástrojů se pro detekci rizikových faktorů spáchání sexuálního deliktu využívá pouze SVR-20 (Sexual Violence Risk-20). Nástroj SAPROF (Structured Assessment of Protective Factors - komplement k nástroji HCR-20), naopak hodnotí protektivní faktory, které vyvažují riziko násilí, což usnadňuje tvorbu intervenčních postupů násilného jednání. Tyto nástroje mohou být administrovány pouze klinickými pracovníky a umožňují cílené zaměření terapeutického procesu. Není však pomocí nich možná dostatečně sensitivní kvantifikace a nejsou k dispozici standardy pro převod na budoucí pravděpodobnost recidivy jedince. Risk- assesmentové nástroje tohoto typu v českém prostředí dosud zcela chybí.

#### 1.4.3.2. Terapie parafilií

V současné době se terapie parafilií v ČR rozdělují do 3 základních směrů: psychoterapie/psychologické poradenství, farmakoterapie a bilaterální orchidektomie (chirurgická kastrace). Obecným cílem terapie parafilií je zejména zvýšení kvality života člověka s parafilií a snížení rizikových faktorů, které by mohli vést k trestné činnosti. Cílem není změna sexuální preference jako taková.

##### 1.4.3.2.1. Psychoterapeutická a poradenská intervence

Psychoterapie je základním kamenem léčby parafilií a může nabývat mnoho podob od poradenství po individuální a skupinovou psychoterapii. Psychoterapeutické formy péče mohou být po individuálním zvážení odborníky doplněny také o biologickou terapii (např. hormonální léčba, psychofarmaka či kastrace). V České republice je psychoterapeutická péče zaměřena především na delikventní jedince s parafilní preferencí v rámci ochranné léčby sexuologické, v menší míře je zaměřena na preventivní psychoterapii pro dobrovolné pacienty. Dobrovolná, ambulantní péče staví zejména na psychoedukaci a poradenství (tj. řešení aktuálních potíží) týkající se sexuality a parafilií a není možné ji v současném systému dodávat s frekvencí dostatečnou pro působení pomocí psychoterapeutických metod.

Mezi nejvyužívanější psychoterapeutické směry v terapii poruch sexuální preference u nás i v zahraničí patří kognitivně-behaviorální terapie, dynamická terapie a Good Lives Model (Ward, 2002). V rámci KBT přístupů existují data o efektivitě tohoto přístupu pro cílovou skupinu, obecně je však kvalitních studií zaměřených na efekt kontaktní terapie málo a naprostá většina je zaměřena na pachatele sexuální delikvence (s nebo bez parafiliie) v některé z forem ústavních či vězeňských programů (Thibault et al., 2020). Velmi recentně existují doklady o efektivitě částečně asistovaných on-line intervencí pro uživatele dětské pornografie (Perkins et al., 2018).



Obecně je v České republice preferováno poskytování psychoterapie skupinovou formou, které je však možné pouze v rámci ústavních programů. Individuální formu psychoterapie (např. prováděnou v rámci OLA) je dále možné doplnit také o partnerskou či rodinnou psychoterapii. V rámci zahraničních rešerší však nebyl kontrast individuální a skupinově poskytované terapie jednoznačně prokázán, v rámci recentních doporučených postupů upozorňují autoři na mírně lepší ukazatele intervencí poskytovaných v individuálním módu (Thibault et al., 2020).

Použití konkrétních (psycho)terapeutických přístupů a technik v ČR závisí na formálním vzdělání terapeuta. Rozdíly napříč institucemi jsou patrné v terapeutickém přístupu. Některá pracoviště fungují v dynamickém směru (např. PN Bohnice), psychoanalytickém směru (např. PN Brno), specifický přístup nabízí PN Havlíčkův Brod, jejíž terapeutický program zahrnuje především pro ČR specifickou náhledovou terapii a sexodiagnostiku (více k náhledové terapii viz Kolářský, 2008).

Hlavními doporučenými oblastmi, na které se česká psychoterapie delikventních parafiliků zaměřuje, je pomoc s řešením problémů, které souvisí s nekonformním sexuálním chováním a resocializace do společnosti. V rámci všech intervencí je dále doporučováno podle potřeby poskytovat poradenství, krizové poradenství, psychoedukaci o sexualitě a parafilii a případně omezenou edukaci o trestně-právní činnosti a systémových postupech. Mezi konkrétní cíle psychoterapie parafilii v ČR patří například: úprava chování (resp. adaptace sociálního chování), změna postojů, podání informací o normálních i parafilních formách sexuality, náprava myšlenkového zkreslení (tzv. kognitivní distorze), získání náhledu na svoji sexualitu a parafilii, posílení vědomé kontroly sexuálních impulsů, vyrovnání se se svojí odlišnou sexualitou, sociální reintegrace a prevence relapsu (Zvěřina & Weiss, 2012). Tyto doporučené oblasti se často objevují v rámci stabilních náplní programů OL a ve vězeňství. Práce s cílovou skupinou parafilici je akcentována zejména v oblasti zdravotnictví.

Některé programy v rámci ochranných léčeben mají stabilní program a stabilní terapeutický profil klienta. Ten probíhá ve formátu skupinová terapie. Skupiny bývají buď uzavřené, tj. v průběhu nepřijímají žádné nové členy (např. Kuřim), nebo otevřené (PN Bohnice). Složení skupin může být odvislé od diagnózy, spáchaného trestného činu a umístění v režimových skupinách. Některá pracoviště skupiny rozděluje pro pedohebefilní pacienty a sexuální agresory (např. Kuřim), podle spáchaného trestného činu na dětech a na dospělých (PN Kosmonosy), podle režimového stupně (např. PN Havlíčkův Brod), nebo zcela bez omezení (PN Bohnice). Terapeutické skupiny se mohou také lišit podle náplně, např. se mohou rozdělovat na tzv. hodnotící skupiny (hodnocení celého týdne), tematické skupiny (dle náplně skupiny), asertivní skupiny (psychoedukace), racionální skupina (reference o nějakém tématu), spolupracující skupina (spíše ergoterapie). Témata, která se nejčastěji během skupinové psychoterapie řeší, jsou: podrobný životopis, sexualita jedince, podrobný popis deliktů, empatie k oběti včetně dopisu oběti, rizikový plán a plány do budoucna (viz Obrázek 2). Počet pacientů ve skupině se pohybuje od 8 do 12 pacientů, frekvence setkávání je 1-2x za týden a doba trvání skupiny je cca 1 rok (v případě uzavřených skupin).

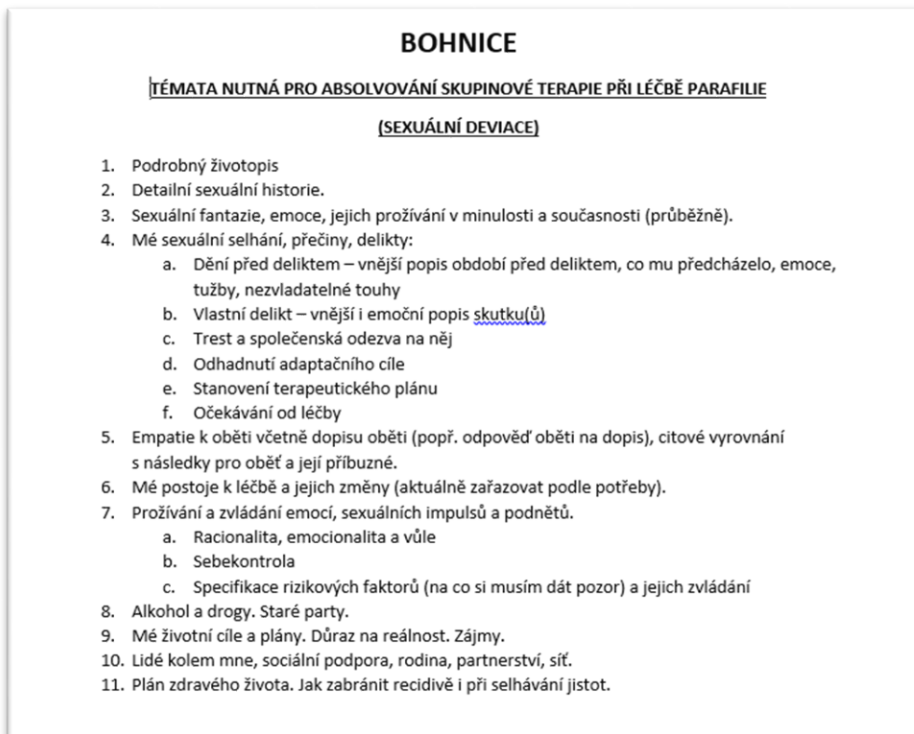


Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

**NU<sup>D</sup>Z**  
NÁRODNÍ ÚSTAV  
DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ



**Obrázek 2. Témata nutná pro absolvování skupinové terapie při léčbě parafilií v PN Bohnice.**



**Zdroj: psycholog z 5. oddělení, PN Bohnice**

V současnosti neexistují komplexní data o efektivitě dodávaných režimových terapeutických programů v rámci většiny institucí v ČR. Pro určení úspěšnosti terapie v některých zařízeních se užívají údaje o recidivě pacientů, kteří absolvovali ochranné léčení. Katamnestické sledování 953 pacientů, kteří prošli specializovanými odděleními pro OLÚ sexuologické (PN Horní Beřkovice, PN Praha Bohnice a PN Kosmonosy) v letech 1976 - 1999, přineslo informace o recidivě (sexuální delikvenci) u 163 propuštěných pacientů, tj. u 17,1 % všech léčených. Z hlediska diagnostického šlo především o jedince s pedofilní preferencí (33 %), exhibicionisty (27 %) a sexuální agresory (26 %) (Weiss, 1999). V rámci desetiletého sledování 316 pacientů v OLÚ na sexuologickém oddělení PN Bohnice, byla zjištěna míra recidivy 10% (Brichcín et al., 1997). Novější data ze stejného pracoviště ukazují, že míra recidivy u 208 pacientů ve sledovaném období 1987 – 2012 byla 17,8%. Nejvíce recidivovali pacienti s diagnózou patologická sexuální agresivita (32%), dále polymorfní parafilie – pedofilní agresori (24%), pedofilie (19%) a exhibicionismus (16%). (Měchýřová, 2012). Aktuální data ze stejného pracoviště ukazují, že míra recidivy v oblasti sexuálně motivovaných trestných činů se u sledovaných 127 pacientů ve sledovaném období téměř 10 let lišila v závislosti na povaze takového činu. Nejvyšší míra recidivy byla u nekontaktních typů sexuálně motivované trestné činnosti a to u 11,8% případů (tj. 15 pacientů), u kontaktních typů byla míra recidivy 4,7% (tj. 6 pacientů). Průměrná doba od propuštění z léčby po opakované spáchání sexuálně motivovaného trestného činu byla 6 let. Zastoupení diagnóz v rámci parafilií byl exhibicionismus, pedofilie a sadomasochismus, ale pouze u exhibicionistů byla zjištěna statisticky významná vyšší míra recidivy (Páv et al., 2022).

Při zkoumání recidivity se však setkáváme s mnohými komplikacemi, které snižují spolehlivost získávaných dat, např. latentní kriminalita, neexistující propojení mezi zdravotnickým/justičním

a policejním systémem, chybějící kontrolní skupina, délka sledovaného období či velikost a složení výzkumného souboru. Zároveň údaje o recidivě nejsou plošně sledována ve všech zařízeních OLÚ.

#### 1.4.3.2.2. Farmakoterapie

Cílem farmakoterapie je potlačení sexuální apetence pacienta, případně snížení nežádoucích psychických stavů (např. depresivně-úzkostných stavů) spojených s neobvyklým nastavením sexuality. Farmakoterapie neumožňuje změnit parafilní nastavení jedince, ale tlumí naléhavost projevů.

Mezi nejčastěji užívaná farmaka v českém prostředí patří inhibitory serotoninového reuptaku (SSRI), antiandrogeny a farmaka s využitím analogů GnRH. Pokyny pro medikace parafilních osob (včetně doporučeného dávkování a doby podávání jednotlivých farmak) se řídí Doporučenými postupy v terapii parafilních sexuálních delikventů (Zvěřina & Weiss, 2012), někteří sexuologové se také řídí starší verzí doporučených postupů pro farmakologickou léčbu pacientů s poruchou sexuální preference (Winder et al, 2019).

SSRIs jsou vhodná pro léčbu parafilii spojenými s úzkostmi, depresí nebo obsedantně-kompulzivní poruchou. SSRIs snižují sexuální touhu a výskyt sexuálních fantazií. Možnými nežádoucími účinky je opožděný či chybějící orgasmus. Způsob použití léku z řady SSRIs je off-label (tj. použití medikace pro jinou indikaci, než je specifikováno).

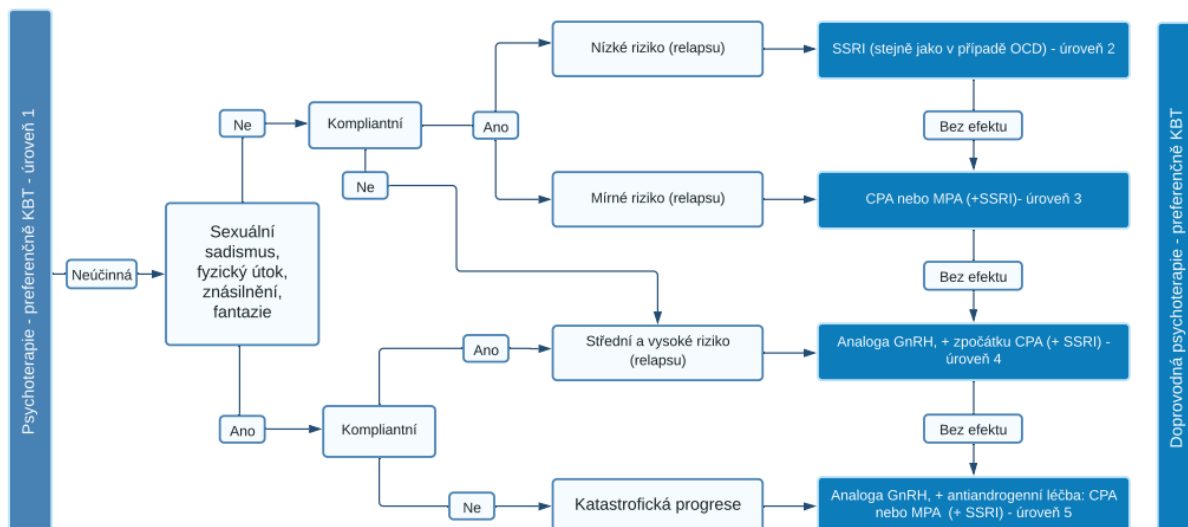
Antiandrogeny a analogy GnRH jsou vhodná u parafiliků se silným sexuálním puzením. Tato farmaka působí na přímé snížení testosteronu, které se projevuje výrazným snížením sexuální touhy, sexuálních fantazií a aktivit. Možnými nežádoucími účinky jsou snížení schopnosti erekce a orgasmu, porucha produkce spermií, přibývání na váze, zvětšení prsou, únava a snížená koncentrace. Vedlejší účinky jsou u dospělého jedince reversibilní. V průběhu užívání se hlídá krevní obraz, kostní denzita a jaterní testy.

Světová federace společností pro biologickou psychiatrii v roce 2020 vydala nové doporučené postupy pro farmakologickou léčbu pacientů s poruchou sexuální preference (Thibault et al., 2020), jejich české znění bylo přeloženo projektem ParaFilik a je diseminováno české odborné obci v rámci edukačních aktivit a konferencí.



<sup>9</sup> Dostupné na <https://www.projektparafilik.cz/odbornematerialy>



**Graf 2. Doporučené postupy WFSBP pro medikaci parafilí dle jednotlivých úrovní.**

Zdroj: Thibault et al., 2020

#### 1.4.3.2.3. Chirurgická kastrace

Možnost terapie osob s parafilní poruchou pomocí chirurgické kastrace je celosvětově kontroverzním tématem. Česká republika je jedna z mála zemí, která si tuto možnost stále zachovává a je aktivním aktérem diskusí v rámci tohoto tématu. Za kastraci označujeme chirurgický zákrok, při kterém jsou odstraněna varlata (tzv. oboustranná orchidektomie), případně pouze jejich hormonálně aktivní testikulární tkáň (tzv. testikulární pulpektomie). V důsledku tohoto odstranění klesá hladina testosteronu v krvi až o 95%. Snížením testosteronu dochází k téměř úplnému útlumu sexuální apetence. Vzhledem k nenávratným změnám s celoživotními následky na fyzickou, psychickou, sexuální i sociální oblast je chirurgická kastrace ve většině zemí světa v současnosti zakázána. Česká republika nabízí na dobrovolné bázi možnost chirurgické kastrace, která je upravena zákonem o specifických zdravotních službách č. 373/2011 Sb. Chirurgickou kastraci je možné realizovat pouze na výslovnou žádost pacienta po následném schválení centrální komisí jmenovanou Ministerstvem zdravotnictví ČR. V roce 2009 vyzval Výbor proti mučení Rady Evropy tuzemské úřady k okamžitému upuštění od kastrace sexuálních delikventů, a to vzhledem k pochybám o dobrovolnosti u rozhodování o kastraci, a také s ohledem na její závažné důsledky.

Z analýzy Zvěřiny, Weisse a Hollého (2014) o efektivitě a vlivu chirurgické kastrace vyplývá, že její podstoupení výrazně snižuje recidivu pachatelů s poruchou sexuální preference. Z padesáti jedinců, kteří podstoupili chirurgickou kastraci, sexuálně recidivovali dva. Zároveň ale tato analýza upozornila na některé vedlejší somatické a psychologické účinky, např. ztráta vlasů, snížení váhy, depresivní symptomy, pocity emoční nestability. Kastrace tedy zůstává i nadále možností léčby parafilních preferencí v ČR, reálně je však velmi málo využívána, od roku 2013 byly provedeny 3 chirurgické kastrace (ústní sdělení, P. Weiss).



#### 1.4.4. Situace v období pandemie COVID-19: sexuální delikvence a problémy cílové skupiny

Restriktivní opatření okolo pandemie COVID-19 zásadně změnili situaci péče o duševní zdraví v ČR. Pandemie nemoci COVID-19 měla zásadní dopad na psychické zdraví populace, výskyt duševních onemocnění vzrostl o téměř 30% (Winkler et al., 2020). Zároveň pandemie významně zasáhla do fungování psychologických a psychiatrických služeb, na zvýšenou poptávku nebyl český systém připraven (MZ, 2020). Také byl zaznamenán nárůst počtu hovorů na krizové linky, které však významný nárůst poptávky často nestíhaly uspokojit (Vymětal, 2020).

Dopad pandemie COVID-19 se promítl i do duševního zdraví jedinců s parafilní preferencí. Z našeho průzkumu v rámci Československé pedofilní komunity (V1) se potvrdilo zhoršení psychického stavu v období pandemie u 27% oslovených, u BDSM komunity (V1) reportovalo zhoršení psychického stavu 35% oslovených. U klientů terapeutického programu Parafilik se ukázal nárůst sociální izolace, zvýraznění problémů v partnerském a rodinném životě, depresivní a úzkostné symptomy. Objevily se u nich i sklony k sebevraždám a problematičtější bylo samozřejmě také samotné zvládání parafilních sexuálních tužeb v mezích zákona. V období epidemických restrikcí i lidé s neparafilní sexualitou konzumovali pornografii ve větším množství a mohli ji využívat jako prostředek k vyrovnání se se stresem. V krajním případě to mohlo vést i k rizikovému sexuálnímu chování v on-line prostoru či konzumaci ilegálních materiálů (NUDZ, 2020).

Tento předpoklad dokládají i změny ve statistikách sexuální delikvence, zejména v on-line prostoru. Podle zprávy Europolu (2020) došlo už během první vlny lockdownů k více než dvojnásobnému nárůstu návštěvnosti stránek obsahujících dětskou pornografii a významně se zvýšila i aktivita na tzv. darknetu, platformě, pomocí níž se problematické sexuálně explicitní materiály šíří nejvíc.

### 1.5. Parafilici v sociální sféře

#### 1.5.1. Parafilici v neziskových organizacích

V České republice doposud neexistuje žádná nezisková organizace (NO), která by se věnovala přímé práci s cílovou skupinou parafiliků. V rámci některých NO však existují programy zaměřené specificky na primární, sekundární či terciární prevenci domácího násilí či násilí v rodině, které může probíhat v různých formách (psychické, fyzické, sexuální, ekonomické, sociální a další) a problémy v oblasti sexuality zde nemusí hrát roli. Podle záznamů organizace Acorus zaměřené na pomoc osobám ohroženým domácím násilím<sup>10</sup> klientky nejčastěji přicházejí se zkušeností se všemi typy domácího násilí včetně sexuálního. Lze předpokládat, že u určitého počtu původců domácího násilí existuje možnost přítomnosti některé parafilie (např. preference pro nekonsenzuální sexuální aktivity). Aktivity nabízené ve zmíněných NO se spíše než na zvládání problémů v oblasti sexuality zaměřují na práci s agresí a násilím (viz Tabulka 14). Data o zastoupení pachatelů s parafilní preferencí proto nejsou v těchto programech dostupná.

<sup>10</sup>

<http://www.acorus.cz/userfiles/files/Dokumenty/Ke%20sta%C5%BEn%C3%AD/DETI%2C RODICE A DOMA CI NASILI text final 20 6.pdf>

**Tabulka 14. Přehled neziskových organizací (NO) nabízejících služby a programy zaměřené na problematiku agrese a násilí v blízkých vztazích.**

| NO                                                           | Nabízené služby                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Centrum Locika</b>                                        | Poradenství (telefonní, emailové, osobní)<br>Psychologická intervence pro děti (individuální, skupinová pro děti)<br>Projekt „Včas a spolu“ pro zvýšení prevence násilného chování mezi dospívajícími<br>Projekt „Rodičem bez násilí“ pro osoby dopouštějící se násilí v blízkých vztazích |
| <b>Liga otevřených mužů</b>                                  | Bezplatná online poradna<br>Psychologická intervence (placená)<br>Program „Zvládání vzteku“ pro muže vůči partnerce/dětem (individuální a skupinová bezplatná terapie)                                                                                                                     |
| <b>SOS Centrum Diakonie Českobratrské církve evangelické</b> | Program „Stop násilí ve vztazích“ pro násilné osoby (individuální, skupinová a párová bezplatná psychoterapie)<br>Program „Stop násilí“ pro dospělé pachatele násilných trestných činů (individuální psychoterapie)                                                                        |
| <b>Spondea</b>                                               | Poradenství (telefonní, emailové, osobní)<br>Krizová intervence<br>Program „Chci ovládnout vztek“ pro agresivní jedince ve vztazích (individuální bezplatná psychoterapie)                                                                                                                 |
| <b>Nomia</b>                                                 | Poradenství (telefonní, osobní, online poradna)<br>Program „Terapeutický program narativní práce s agresí“ pro pachatele násilné trestné činnosti (individuální poradenství a psychoterapie)                                                                                               |
| <b>Persefona</b>                                             | Program „Bezpečné soužití“ pro osoby s agresí ve vztazích (individuální poradenství a psychoterapie)                                                                                                                                                                                       |

### 1.5.2. Parafilici v rámci krizových služeb

V ČR existuje dobře vyvinutá síť krizových intervenčních center a krizových telefonních linek (jejich přehled najdete [zde](#)). V závislosti na zřizovateli služby může být tato nízkoprahová služba poskytována anonymně. Z tohoto důvodu je tato forma intervence často první formou pomoci. Telefonní krizová pomoc je jednou z nejvíce nízkoprahových forem pomoci. Pro stigmatizované skupiny je tato varianta nejpríjemnější vzhledem k citlivosti tématu, vnímanému studu a strachu a právě obávané stigmatizace.

Telefonní krizové linky jsou pokryty národními krizovými linkami (např. Linka první psychické pomoci) a regionálními linkami důvěry, ale existují i další specifické krizové linky pro různé cílové skupiny (např. pro děti, rodiče, seniory, oběti trestných činů, aj.). Klienti telefonické krizové intervence mohou službu využívat opakovaně a po ošetření akutního stavu a zajištění bezpečí bývají krizovými interventy klienti motivováni ke kontaktní formě psychoterapeutické péče. Krizová centra nabízející individuální intervence jsou obvykle schopna poskytnout krátkodobou



intenzivní pomoc, a to jak formou ambulance, tak formou denního stacionáře či lůžka (např. RIAPS, CKI PNB). Krizová centra jsou pak schopna klienta odkázat na specializované pracoviště. V České republice však dosud neexistovala žádná specializovaná krizová linka/služba pro jedince s parafilní preferencí a problematické sexuální chování.

Z průzkumu mezi poskytovateli služeb krizové intervence (V4) vyplývá, že s tématem parafilíí mají poměrně malou zkušenost, v průměru je kontaktovalo 3-5 osob za rok. Více než polovina z poskytovatelů však žádný takový kontakt neuvedla. Nejčastější problémy, které lidé s parafilní preferencí v rámci krizových linek řeší, jsou problémy v partnerském vztahu a rodině, problémy s ovládáním sexuálních tužeb, zvládání rizikových situací či s psychickými obtížemi (deprese, úzkosti, suicidium). (více viz Graf 3). Služeb krizové intervence občas využívají i blízké osoby jedinců s parafilní preferencí a to zejména s tématem zvládání rizikových situací.

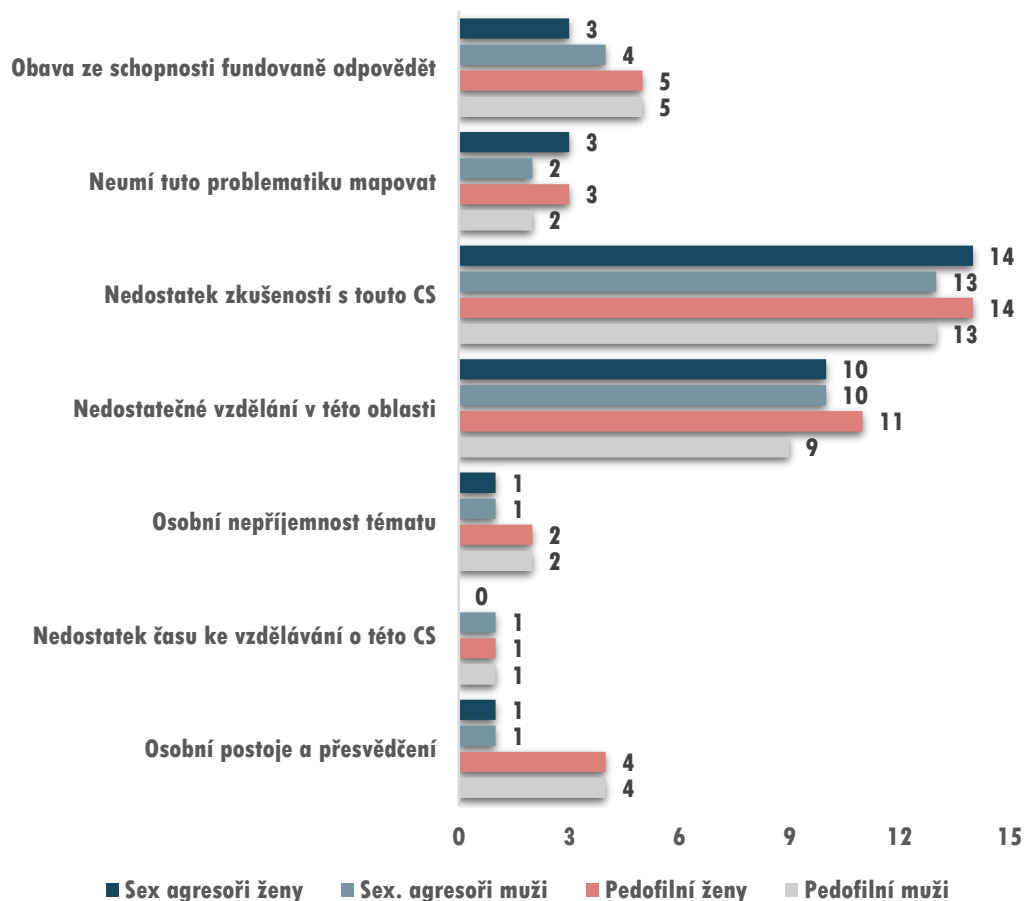
**Graf 3. Problémy, se kterými se parafilici obrací na služby krizové intervence**



**Zdroj: Průzkum u poskytovatelů služeb krizové intervence, 2021**

Více než polovina poskytovatelů krizových služeb se cítí kompetentní diskutovat problémy klientů s parafilní preferencí, ale pouze polovina z nich se cítí kompetentní k intervenci u takových klientů. Mezi možné komplikace při poskytování krizové intervence jedincům s parafilní preferencí pracovníci krizových služeb uvádí nedostatečnou zkušenost a vzdělání pro práci s touto cílovou skupinou (více viz Graf 4).

**Graf 4. Komplikace uváděné poskytovateli krizových služeb při práci s jedinci s parafilní preferencí.**



Zdroj: Průzkum u poskytovatelů služeb krizové intervence, 2021

## 1.6. Parafilici mimo systém

Jak již bylo demonstrováno dříve, většina jedinců s parafilní preferencí je pro český systém nedetekovatelná. Informace o tom, jaké jsou jejich potřeby, kolik z nich je latentně delikventních, případně na kolik jsou riziková, však chybí. Na základě vlastních průzkumů byla situace parafilek mimo systém mapována.

### 1.6.1. Parafilici v komunitách

V České republice jsou lidem s parafilní preferencí k dispozici komunity, sdružující lidi s podobným sexuálním zaměřením. Jejich účel je různý - od prostého naplnění potřeb sounáležitosti a zjištění, že nejsou na světě s danou parafilem sami, až po propracovanou edukační a intervenční činnost v podobě sdílení, podpory a zprostředkování odborného poradenství.

V rámci projektu Parafilik probíhá intenzivní spolupráce s českými komunitami zastřešující jedince s různými neobvyklými preferencemi a to zejména v oblasti náboru klientů do terapeutického programu a jeho nastavení reflektující jejich potřeby.

### Československá pedofilní komunita

Komunitou s největším mediálním dosahem je v českém virtuálním prostoru Československá pedofilní komunita (dále ČEPEK). Je dostupná na adrese <http://www.pedofilie-info.cz> a sdružuje lidi s erotickou náklonností k dětem a dospívajícím. Hlavními cíli ČEPEKu je poskytnutí informací o pedofilii mladým lidem na počátku puberty, kteří zjišťují, že je sexuálně přitahují děti nebo mladiství, a informování široké veřejnosti o tom, kdo je to pedofil a co je pedofilie.

ČEPEK se jasně vymezuje proti snahám o legalizaci sexuálních aktivit s dětmi, snižování věkové hranice k legálním sexuálním aktivitám, zavádění registrovaného partnerství s dětmi, omlouvání pachatelů trestných činů páchaných na dětech a jejich krytí. Sdružuje lidi s pedofilními preferencemi, kteří chtějí dodržovat platné zákony ČR. Internetové stránky ČEPEK jsou moderovány a jejich administrátoři netolerují žádné nelegální materiály ani nabádání k trestným činům.

Součástí ČEPEKu je fórum, které poskytuje možnost vyjádřit se k široké škále témat, včetně coming outu k blízkým osobám, rozpoznávání rizikových situací, porozumění následkům svých činů či seznamování se s lidmi staršími 15 let. ČEPEK také zprostředkovává pomoc skrze anonymní poradnu na svých stránkách, ve které odpovídají jak členové komunity, tak odborníci (MUDr. Antonín Brzek a Kateřina Klapilová, Ph.D.).

ČEPEK se věnuje osvětovým aktivitám a 1. 5. 2020 byl na jejich podporu založen i spolek ČEPEK (IČ: 09079416), který zakotvil Československou pedofilní komunitu jako oficiálně registrovanou neziskovou organizaci.

Na základě našeho průzkumu v této komunitě (V1) vyplývá, že typickým členem komunity je muž s pedohebefilní preferencí a průměrným věkem okolo 30 let, bez partnerského vztahu, který nikdy nevyhledal odbornou pomoc kvůli své sexuální preferenci. Ti, kteří odbornou pomoc vyhledali, nejčastěji navštívili sexuologa, psychologa nebo psychiatra. Téma, která by aktuálně nejvíce potřebovali s odborníkem řešit, jsou: jak si najít partnerku, obavy z budoucnosti, pochopení příčin vlastních sexuálních preferencí, zbavení se nežádoucích způsobů vyrovnávání se se svou situací a jak zvýšit kvalitu svého života. Více než polovina respondentů reportovala výskyt duševních obtíží, které nesouvisí s jejich sexuální preferencí a to deprese, úzkosti, nebo jiné jako obsedantně-kompulzivní porucha a porucha osobnosti. A více než polovina kvůli těmto obtížím vyhledala odbornou lékařskou pomoc. Většina jedinců z těchto průzkumů nebyla nikdy odsouzena za sexuální podmíněný trestný čin, zbývající respondenti byli odsouzeni za trestné činy držení a šíření dětské pornografie, pohlavní zneužívání a znásilnění. Nicméně někteří uvádějí, že mají reálnou zkušenost s nelegálním chováním.

### Pedonia

Další aktivní komunitou je Pedonia, sdružující zejména lidi s pedofilními preferencemi a se zaměřením na mladé dívky. Oproti ČEPEKu není web Pedonie veřejně dostupný, na odkazu [pedonia.com](http://pedonia.com) se nachází pouze vyjádření k návštěvníkům, pronásledovatelům pedofilů, sexuologům a novinářům. Přístup do neveřejného prostoru webu schvaluje jeho administrátor. Komunita Pedonia deklaruje, že všechny její aktivity jsou v souladu se zákonem, a že netoleruje



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

**NU<sup>D</sup>Z**  
NÁRODNÍ ÚSTAV  
DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ



porušování právních předpisů ČR, obzvláště pak ve vztahu k dětem.

Jako své cíle uvádí preventivní působení (rady pedofilům, jak se vyrovnat se svými preferencemi a jak zvládat emoce), ukázání negativní motivace (na záporném příkladu těch, kteří se kdysi neovládli a byli potrestáni, ukázat, že překračování zákona je velmi špatný nápad s dalekosáhlými důsledky), dát prostor k uvolnění (možnost mluvit o tématech, která jsou pro většinovou společnost tabu), poskytnout poučení (skrže články a příspěvky v odborné sekci) a nabídnout vhodnou volnočasovou náplň (například formou ztvárnění svých emocí v sekci stránek věnované osobní umělecké tvorbě).

V pravidlech fóra je zdůrazněno zejména dodržování platných zákonů ČR a zákaz jakkoliv zpřístupňovat skrže web Pedonie právně závadný materiál, obzvláště pak charakteru dětské pornografie.

### BDSM komunity

BDSM je pojem obecně užívaný pro širokou škálu sexuálních praktik a preferencí. Patří sem zejména sadismus, masochismus a různé formy fetišismu. Lidé s takovými preferencemi se mohou sdružovat v tzv. BDSM komunitách. Ty kladou důraz na oboustranný souhlas se sexuálními aktivitami s věkově přiměřenými partnery. Mohou se však mezi nimi vyskytovat jedinci, kteří své sexuální preference nezvládají. Některé výzkumy ukazují, že v BDSM vztazích občas dochází k porušování oboustranného souhlasu v kontextu sexuálních aktivit. Podle průzkumu National Coalition for Sexual Freedom a Oklahomské Univerzity (Wright, Stambaugh & Cox, 2015) téměř 36 % respondentů (N = 4598) uvedlo, že nejméně jednou s nimi někdo navázal kontakt (například dotykem či úderem) na akcích BDSM komunit. U 49 % z nich se překročení hranic dopustil buď partner, nebo člověk, se kterým byli domluvení na sexuálním kontaktu. U většiny z nich došlo k překročení hranic během prvních tří let jejich působení v komunitě. V rámci komunit je tedy zapotřebí oslovit potenciální pachatele těchto činů a nabídnout jim, aby se své preference naučili zvládat bez ohrožování ostatních.

BDSM scéna v České republice je značně segmentovaná, často se jedná o menší uskupení, které se na větších akcích mohou prolínat mezi sebou. Patří sem taky různé komunity fetišistů (např. furries, adult babies - abdlklub.cz, human pupps - jsem-pes.cz), které na pořádání akcí často vzájemně spolupracují. Komunity a jimi pořádané akce jsou v rámci České republiky koncentrovány především do větších měst. Spíše než registrací do určité organizace se BDSM komunity vytvářejí navštěvováním podobných akcí nebo scházením se ve stejných prostorách, i když komunity s registrovanými členy se v České republice v menší míře nacházejí také. V rámci Prahy je významným mediátorem setkávání bdsmklub.cz, který pro své i spřátelené komunity poskytuje prostor Ateliér. Pořádané události mají jak zábavný, tak i vzdělávací a workshopový charakter. Mezi další pražské organizátory BDSM akcí patří zejména milkandhoneyprague.club a subspacestudio.cz, v Brně pak darkcat.cz nebo pisklata.cz. Velká část BDSM komunitní interakce probíhá na osobní rovině. Funguje ale také poměrně aktivní online fórum: bdsmilife.cz s více než 40 tisíci uživateli. V souvislosti s českou BDSM scénou je třeba také zmínit studio Hell (hell.cz), které se mimo jiné věnuje body modification a BDSM scénou významně podporuje. Hell events jako produkční společnost například organizuje každoroční festival Prague Fetish Weekend a další události (Rope Spirit, Nebula night, Hell Party).

Na základě našeho průzkumu v této komunitě (V1) vyplývá, že mají svoje sexuální preference pod kontrolou, nevnímají ji jako problematickou a proto nemají potřebu ji řešit s žádným odborníkem. Více než polovina respondentů reportovala výskyt duševních obtíží, které nesouvisejí s jejich



sexuální preferencí a to deprese (35,3%), úzkosti (35,3%), nebo jiné jako obsedantně-kompulzivní porucha a porucha osobnosti. Ale přibližně polovina z nich kvůli těmto obtížím nevyhledala odbornou lékařskou pomoc.

### 1.6.2. Parafilici v „šedé zóně“

V českém prostředí existuje i určité procento parafiliků, které není známé našemu systému a ani se nesdružuje v komunitách. Tito parafilici jsou v tzv. šedé zóně. Informace o této skupině lidí jsme získali pomocí reprezentativního průzkumu české populace (V2), kteří se v rámci selekčních otázek identifikovali jako s pedohebefilní preferencí, preferencí pro sexuální násilí, nebo jejich kombinací. Na základě výsledků lze shrnout, že tito jedinci nenahližejí na své sexuální preference jako na potenciálně problematické a že většina těchto osob byla přesvědčena, že má své chování pod kontrolou. Přesto se však snažili chovat tak, aby se o tom jejich okolí nedozvědělo. U jednotek osob s preferencemi pro děti mladší 15 let věku lze předpokládat, že se mohly dopustit jednání, za něž by jim mohl hrozit trestní postih. Respondenti pocítovali jen mírnou úzkost z toho, že by jejich neobvyklé sexuální preference vyšly najevo. V souladu s tím projevovali nevyhraněné stanovisko k možné budoucí návštěvě odborníka, vůči jehož kompetencím a schopnosti vnímat jejich potíže nebyli předpojatí. Potřeby zlomku respondentů, kteří s vyhledáním odborné pomoci již nějakou zkušenost měli, nicméně nebyly naplněny zcela a vůbec nejhůře hodnotili návštěvu u psychologa či sexuologa. Přibližně čtvrtina respondentů dosáhla vyšších hodnot úzkostně-depresivních symptomů, ale své psychické a mentální zdraví hodnotila spíše pozitivně. Přibližně pětina respondentů vykazovala závislost na konzumaci pornografických materiálů (frekvence užívání denně či vícekrát denně), a také přibližně pětina zastávala názory ospravedlňující sexuální chování vůči dětem a třetina sexuální násilí. Tyto názory mohou zvyšovat rizikovost těchto jedinců pro spáchání sexuálního deliktu.

## 1.7. Vzdělávání odborníků v oblasti intervence pro osoby s parafilii a psychologie osob ve zvýšeném riziku sexuální delikvence

### 1.7.1. Vzdělávání odborníků v oblasti zdravotnictví

Oblastí terapií parafilii se v rámci celosvětového kontextu vzdělávání zabývají zejména obory sexuální medicína, sexuologie, psychosexuologie a sexuální zdraví. ČR patří k zemím, v nichž máme akreditovanou atestaci lékařů pro obor sexuologie. V současnosti neexistuje specializovaná profesní příprava pro odborníky z oblasti psychosexuologie.

#### 1.7.1.1. Profesionální příprava sexuologů

Lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v oboru sexuologie diagnostikuje a léčí případy z celého spektra sexuálních poruch a poskytuje sexuologické poradenství.

Sexuologie je v ČR nástavbovým oborem, proto je možné získat v ní atestaci až po předchozím získání specializovaného vzdělávání (SV) v následujících základních oborech medicíny: diabetologie a endokrinologie, gynekologie a porodnictví, psychiatrie, urologie, vnitřního lékařství. [Vzdělávání v nástavbovém oboru sexuologie](#) se řídí vzdělávacím programem z roku 2022 a je





organizováno subkatedrou sexuologie IPVZ. Celková délka přípravy v oboru sexuologie je v minimální délce 24 měsíců a probíhá pod vedením přiděleného školitele na akreditovaném pracovišti. V rámci teoretické a praktické přípravy jsou oblasti práce s CS parafilici následující: vyšetření, léčení a medicínské posuzování pachatelů sexuálních deliktů, znalosti základních organizačních a právních předpisů (zejména o ochranné léčbě, farmakoterapii a kastraci parafilních sexuálních delikventů), falopletysmografické a vulvopletysmografické vyšetření a jeho vyhodnocení, dále povinnost stáží na ambulantních a lůžkových sexuologických odděleních (např. PN Bohnice) a také provést během specializační přípravy min. 10 výkonů souvisejících s parafilii, min. 10 výkonů souvisejících se sexuálními delikventy a min. 5 psychofyziologických vyšetření. Jako doporučenou literaturu v oblasti parafilii a sexuální delikvence SV doporučuje odbornou publikaci *Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika, léčba* (Weiss, 2008).

Vzdělávání v nástavbovém oboru sexuologie je ukončeno závěrečnou zkouškou s praktickou (vyšetření pacienta a návrh léčby) a teoretickou (zkoušení z odborných) částí. V současné době je míst na akreditovaných pracovištích dostatek, avšak řeší se akreditace příslušných pracovišť.

V současné době se k předatestační přípravě v oboru sexuologie hlásí stále méně zájemců. Důvodem může být přebírání sexuologických témat jinými lékařskými obory (např. andrologie), případně i dlouhá profesní příprava k výkonu lékařské praxe v oboru sexuologie (doba trvání atestace v základních oborech + doba atestace v oboru sexuologie). Podle [výzkumu](#) organizace Mladí lékaři (Šlegerová, Michenka & Kočí, 2020) patří obory diabetologie a endokrinologie, gynekologie a porodnictví, psychiatrie a urologie do první poloviny nejzvažovanějších oborů uplatnění mezi mladými mediky (nástavbové obory nebyly v tomto výzkumu dále zkoumány). Starší výzkumy však upozorňují na to, že zájem mediků např. o obor psychiatrie se pohybuje pouze v rámci několika procent<sup>11</sup>, což se dále může promítat i do nedostatku sexuologů. Na základě dokumentu [Zpráva o současné situaci ve vzdělávání psychiatrů a doporučení pro systémová opatření](#) vydaným Pracovní skupinou pro vzdělávání v psychiatrii při MZ je v současnosti jednou z priorit do roku 2030 zvýšit počty psychiatrů v oborech gerontopsychiatrie, sexuologie a adiktologie. Cílem je urychlit systém pro dosažení atestací v nástavbových oborech tak, aby byly pro zájemce co nejdříve realizovatelné. Zpráva dále uvádí, že jednou z potíží, se kterými se obor sexuologie potýká, je akreditace příslušných pracovišť.

### 1.7.1.2. Profesní příprava psychologů

Se sexuální problematikou může pracovat také psycholog. Někteří z psychologů podstupují profesní přípravu pouze v rámci magisterského studia psychologie (např. kurz Sexuální psychologie pod vedením Prof. Weisse na Katedře psychologie Filozofické fakultě Univerzity Karlovy, kurz Psychologie sexuality pod vedením Dr. Jokla na Katedře psychologie Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci). Specializované vzdělávání pro psychology ve zdravotnictví je upravováno IPVZ pod MZ ČR. Vstoupit do SV v oboru klinická psychologie mohou pouze absolventi pětiletého akreditovaného magisterského jednooborového studijního oboru psychologie, kteří zároveň úspěšně absolvovali akreditovaný kurz Psycholog ve zdravotnictví a v době podání přihlášky pracují alespoň na poloviční úvazek jako psycholog ve zdravotnictví.

<sup>11</sup> <http://www.hcinstitute.org/cz/novinky/barometr-mezi-mediky-2018.html>



Vzdělávání v oboru klinické psychologie se řídí [vzdělávacím programem](#) z roku 2010. V rámci teoretických znalostí z psychopatologie má školenec v průběhu vzdělávání za úkol osvojit si také znalosti z psychosexuální problematiky a jeden z okruhů atestační zkoušky pro obor klinické psychologie se věnuje „poruchám pohlavního pudu“. Detailněji však oblast sexuality v rámci stanov tohoto vzdělávacího programu není dobře ukotvena, chybí detailní příprava v oblasti sexuologické diagnostiky a psychoterapie.

Nástavbovým programem specializačního vzdělávání, ve kterém je oblast sexuality částečně ukotvena, je [Psycholog ve zdravotnictví – Psychoterapie](#). Celková délka specializačního vzdělávání je minimálně 24 měsíců a pokrývá teoretické znalosti z oboru psychoterapie (tj. obecnou psychoterapii a speciální psychoterapii zejména u psychiatrických poruch, jedním z témat je i psychoterapie sexuálních dysfunkcí, ne však parafilií). V oblasti psychoterapie tak v současnosti neexistuje žádná MZ akreditovaná příprava pro praktickou psychoterapeutickou práci se sexuologickými pacienty obecně (v roce 2012 proběhl poslední akreditovaný [kurz](#) psychoterapie sexuálních dysfunkcí pod vedením Prof. Kratochvíla), ani specificky pro práci s parafilními pacienty. Dobrovolně může zájemce podstoupit placenou stáž na sexuologických odborných pracovištích (např. na sexuologickém oddělení PN Bohnice, délka není omezena, cena 450Kč/den).

### 1.7.1.3. Reflexe vzdělávání z pohledu odborníků pracujících s parafilní klientelou

Z rozhovorů s odborníky poskytujícími sexuologickou péči (V3) zaznívali rozdílné názory a reakce. Často zaznívaly reakce týkající se nedostatečného zastoupení problematiky parafilií v rámci studia psychologie:

„...v psychologii nevím. Nevím, co Brno. To tam chybí, je to tam sfouknutý jako za jednu hodinu vyučovací. Jako většinou...jak se tomu nikdo pořádně nevěnuje, tak nikdo ani nemám moc zájem to zkoušet. Když si vytáhnete otázku sexuální dysfunkce a deviace, tak se to projede letem světem, za A a nashledanou. U státnic, tam taky si nevybavuju, že by byl někdy nějaký problém, tož blbě se to učí. Nebo blbě jako, málo se to učí.“

„Tak pokud na té škole, tak tam jsi myslím, že by bylo fajn kdyby i tohle téma (parafilií) se dostalo do těch jako základních okruhů o kterým jako teďkom mluvím v rámci klinické psychologie, nebo psychiatrie nebo i jako nějaký béčkový předmět volitelný.“

Ve srovnání se zahraničím dle některých názorů profesní příprava v ČR pokulhává a také chybí přístupnost zahraničních výsledků a studií v souladu se záměrem projektu Parafilik:

„Myslím si, že (vzdělávání) v zahraničí je to lepší.“

„Já bych spíš mněla zájem třeba o nějaké spíš zahraniční informace než jenom tady o český píseček, který je pořád stejný. Když máme tady prostě, já teď jako z 5 a půl sexuologa a všichni jsme zastánci jako jedné české, pak jako nejsou žádné informace... já bych ráda přišla s tím, že... i jako dostupnost třeba nějakých článků, dostupnost nějaký literatury jako sexuologický, ale ne jenom český, to že se pořád předkládají ty stejné. Já bych jako fakt ráda věděla, kdyby tady byly nějaký rešerše, nějaký výzkumy toho, že dobře tady se dělají nějaký další výzkumy.“

Ve většině případů byly v souvislosti s profesní přípravou zmiňovány osobnostní předpoklady jako minimálně stejně důležité jako odborná profesní připravenost. Předpokladem je dle těchto výpovědí zájem o problematiku a konkrétní klienty/ky a motivace práci vykonávat tuto profesi:



„Pokud je to člověk, který se o ten obor zajímá, který to dělá proto, že ho chce dělat, tak je ta příprava dostačující si myslím, že to stačí. Protože ten člověk se většinou rozvíjí dál sám.“

**Jako další faktory byla zmiňována profesní zvědavost, ochota pochopit klienta, nebo trpělivost a pokora:**

„Když to asi musí být v těch lidech, jo já nemám problém těm lidem věnovat...věnovat čas, ukázat jim to kouzlo toho....toho...tý problematiky, protože je to nesmírně zajímavý, ale musí už v těch lidech být zájem o to, že si třeba už léta říkají no tak...tak některý chlap by v životě ženu nepřepadl, jakto že tamten to udělá? Jakto, že on zneužije dítě a jinej ani náhodou? Jo, jak to vlastně funguje, že někdo někoho zavraždí, jak je to možný? Co v těch lidech se děje?“

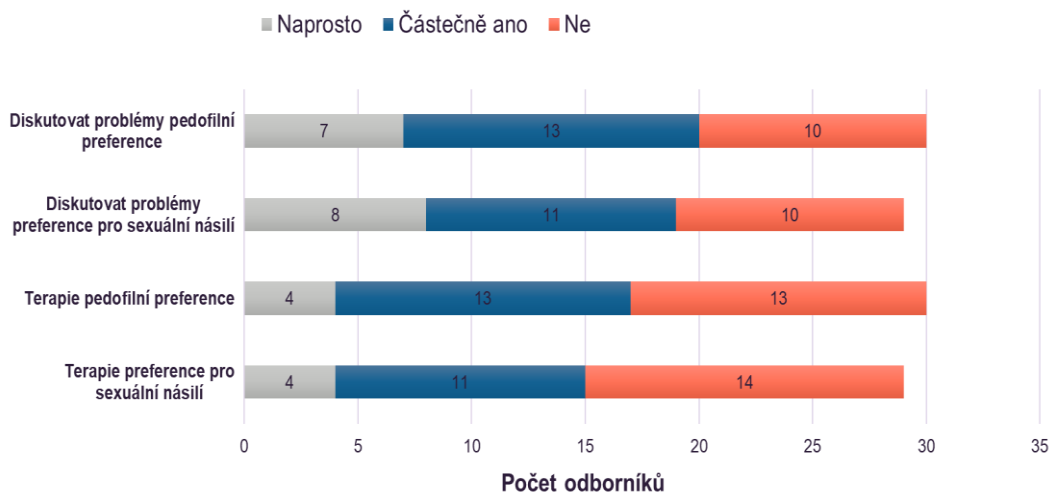
„Musí vás to k tomu oboru nějakým způsobem táhnout, rozhodně vás to nesmí odpuzovat. Nehleďte důvodu, proč vás to k tomu oboru táhne, to je úplně jedno, když potkáte parafilika a jste s ním v kontaktu musíte vědět, že jste v naprostém klidu, necítíte žádnou averzi, nic. Cítit můžete snahu tomu člověku pomoci, ale nesmíte mít v sobě nejmenší špetičku zášti, nenávisti a uvědomte si, že jste-li jednou hozeni do toho pytle s parafiliky a devianty, že můžete před tou veřejností vypadat jako divný a to musíte zvládnout osobnostně taky, nesmíte se stydět za svojí práci.“

Několik z respondentů zmiňovalo přítomnost nějakého služebně staršího kolegy nebo kolegyně v roli spíše neformálního mentora nebo mentorky v začátcích jejich profesní dráhy. Ve většině případů to respondenti nezmiňovali jako předpoklad pro profesní kvalifikaci explicitně, pouze v jednom případě:

„Myslím jsi, že by měl mít každý začínající nějakého mentora jako průvodce, od kterého by se učil, protože znovu říkám, škola nebo i ta další vzdělávání jsou zase především informace, málo kdy to je zkušenost....Takže já bych preferovala, prostě variantu, že by se určitě ten začínající nebo neznalý, nemusí úplně začínat, mohl možnost učit od někoho jako partnera... chce se mi říct řemeslo, ale ono to není řemeslo ale ty dovednosti, které by mněli vést k nějakému smysluplnému cíli.“

Mimo uvedené oblasti rozhovorů vyplývá, že téma parafilii je ve vzdělávání pokryto pouze okrajově, bez konkrétních přenosů do praxe. Také reflektují, že zde chybí specifické kurzy zaměřené na problematiku parafilii. Uvítali by například akreditované výcvikové centrum pro léčbu parafilii a také bezpečné místo, kde hovořit o svých pochybnostech o pracovních postupech v této oblasti (odborné supervise). Možnosti průběžného vzdělávání reflektují zejména na odborných konferencích a supervizích se zkušenějšími kolegy z jiných pracovišť. Za nejdůležitější bod v jejich profesní přípravě označují absolvování komplexního psychoterapeutického výcviku (ti co jej absolvovali).

Z online průzkumu mezi odborníky (V5) vyplývá, že se částečně cítí kompetentní diskutovat problémy lidí s parafilní preferencí, většina z nich uvádí, že částečně ano. Méně se však cítí kompetentní u této skupiny intervenovat (viz Graf 5).

**Graf 5. Vnímané kompetence diskutovat problémy a intervenovat u CS parafilici (N = 51).**

**Zdroj: Průzkum u poskytovatelů odborné péče, 2020**

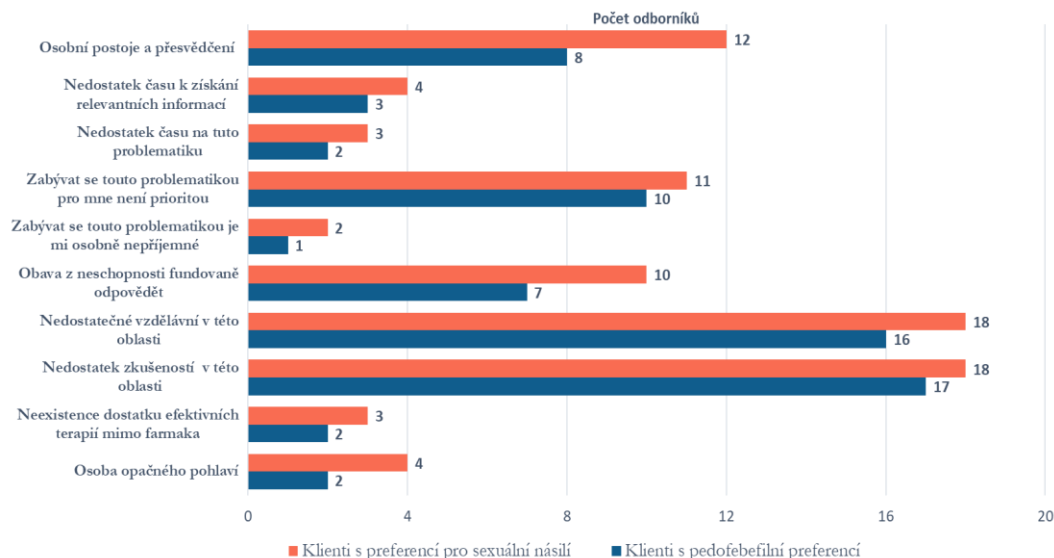
Dále reflektují nedostatek zkušeností a nedostatečné vzdělání pro práci s parafilní klientelou (viz Graf 6). Většina z odborníků by uvítala absolvovat kurz či výcvik, který by přispěl ke zvýšení kompetencí k intervenci u lidí s parafilní preferencí. Jiní přiznávají, že jejich osobní postoje a přesvědčení pro ně představují překážku při práci s touto skupinou. V rámci kvalitativní studie (V4) realizované prostřednictvím rozhovorů se však tento předpoklad nepotvrzuje.

S cílovou skupinou se všem klinikům pracuje velmi dobře, problematika je zajímavá, vidí v ní hlubší smysl. Také se spíše než na diagnózu zaměřují na osobnost člověka. Přestože někteří kliniky přiznávají, že jim pacient nemusí osobně sednout.

„Ano. Tak ta problematika mě nesmírně zajímá a je to...je to úžasný, protože parafilie mají svoji velikou logiku, takže je lze s poměrně vysokou pravděpodobností i třeba předvídat potenciální další trestné činy a nějaké ty problémové oblasti v životě těch lidí. A jaksí odhadnout...na co je potřeba se zaměřit v práci s těma lidma. Výhodou je, že ta léčba je dlouhá, takže je čas na to...na tu změnu. Což třeba u jiných léčeb není.“

„Pracuje se mi s nimi dobře, závisí to na osobnosti opět jako jo, že vlastně pro mě to jako není o té diagnóze ale o tom člověku jako takovém...Takže mám parafiliky s kterými se mi pracuje hůř, jsou nároční a mám parafiliky s kterými se mi pracuje výborně. Takže ta diagnóza pro mě tam asi nehraje zas až tak velkou roli.“

„...protože samozřejmě občas na něco narazíme, že někdo něco nezvládá, ale to je zase, to může být otázka té interakce. Já si taky nemyslím, že jsem byl s každým pacientem úplně ideální lékař. Prostě, on mi nesedne, já jemu nesednu, jo, to jako obojí, to tam vždycky hraje roli, jak pracujete se svou osobností, tak vždycky tam může nastat to, že pro některý pacienty nebudete ten pravej.“

**Graf 6. Vnímané překážky pro práci s CS parafilici (N = 51).**

Zdroj: Průzkum u poskytovatelů odborné péče, 2020

## 1.7.2. Vzdělávání odborníků v oblasti forenzní praxe

### 1.7.2.1. Profesní příprava policejních složek

Policejní vzdělávání spadá pod Ministerstvo vnitra ČR a zahrnuje Vyšší policejní školu a Střední policejní školu v Praze, Vyšší policejní školu a Střední policejní školu v Holešově a Policejní akademii České republiky (PA ČR). Střední a vyšší policejní školy připravují své absolventy pro praxi. Policejní akademii mohou studovat nejen policisté ve služebním poměru, ale i zaměstnanci ministerstva vnitra a ostatních resortů, jejichž složky rovněž uskutečňují ochranu práva. Škola je otevřena i civilním uchazečům.

V oblasti sexuální delikvence/parafilií se policejní složky mohou teoreticky vzdělávat skrze vyučované předměty (např. Soudní psychiatrie a sexuologie vyučovaná na Policejní akademii, podpůrný učební text Soudní psychiatrie a sexuologie pro policisty, Brichcín & Kalva, 2003), ale i mezirezortně. Například proFem pořádá akreditované kurzy Ministerstvem práce a sociálních věcí na téma domácího a sexuálního násilí; specialisté pracující s dětmi a mládeží poskytují od roku 2013 odborné vzdělávání pro policisty, které je zaměřeno na výslech zvláště zranitelných obětí ve speciální výslechové místnosti. Policisté (specialisté) mají k dispozici také metodiky pro výslech dětského svědka, používání demonstračních pomůcek a výslechy zvláště zranitelných obětí <sup>12</sup>. Čechová a Jandová (2010) upozorňují, že školení probíhají nárazově, nikoli plošně, tudíž se při práci s obětí mravnostního trestného činu může policie neúmyslně podílet na sekundární viktimizaci. Jako variantu navrhuje, aby pro pracovníky, kteří např. v rámci služby kriminální policie a vyšetřování přicházejí do styku s oběťmi a pachateli trestných činů, bylo povinností absolvovat kurzy pro práci s obětí či pachatelem (Čechová & Jandová, 2010).

<sup>12</sup> [Speciální výslechové místnosti – Prevence kriminality](#)

### 1.7.2.2. Profesní příprava forenzních sexuologů

V rámci znaleckého oboru Zdravotnictví je mj. znalecké odvětví Sexuologie, které se zabývá soudním znalectvím v oblasti sexuálně motivovaných trestných činů pro zhodnocení přítomnosti parafie, posuzování průběhu a účinnosti sexuologické ochranné léčby a posuzováním dalších sexuologických oblastí jako jsou sexuální dysfunkce, sexuální nesoulad mezi partnery či hodnocení pornografických materiálů. Forenzní sexuolog by měl mít základní vědomosti o zásadách trestní odpovědnosti a charakteristikách jednotlivých trestných činů, jejich spáchání je motivováno projevy lidské sexuality.

V případě posuzování pachatelů sexuálně motivované činnosti je úkolem soudního znalce určit, zda byl tento skutek spáchán pod vlivem parafie či v rámci jiné patologie (tj. osobní či sociální, nebo pod vlivem omamných látek) a zda tím byly nějakým způsobem ovlivněny rozpoznávací a ovládací schopnosti posuzovaného. K posouzení přítomnosti parafie u pachatelů sexuálně motivovaných trestných činů se využívá 1.) anamnestický pohovor s důrazem na rodinnou, osobní a sexuální historii; 2.) psychodiagnostické vyšetření; 3.) falopletyzmografické vyšetření (PPG).

Kritérii pro výkon soudně znalecké činnosti v oboru sexuologie/klinická psychologie, sexuologie dospělých i dětí a mládeže jsou: složení atestace v sexuologii či klinické psychologii, osvědčení o absolvování kurzu soudní psychiatrie pro žadatele o znalecké oprávnění a odbornou praxi, tj. minimálně 10 let odborné zdravotní praxe v oblasti sexuologie. Ověření odborných znalostí je v kompetenci jednotlivých předsedů krajských soudů.

K 1. 1. 2020 je registrováno 31 soudních znalců v oboru sexuologie (Ministerstvo spravedlnosti ČR).<sup>13</sup>

### 1.7.3. Vzdělávání pracovníků v oblasti sociální služeb

V rámci poskytované péče se s jedinci s parafilní preferencí a pachateli sexuální delikvence setkávají i pracovníci v oblasti sociálních služeb. Mezi ně patří sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, pedagogičtí pracovníci a zdravotničtí pracovníci a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby.

Profesní příprava sociálního pracovníka je v rámci vyššího odborného vzdělávání, nebo vysokoškolského vzdělávání zaměřeného na sociální práci, sociální pedagogiku, apod. (např. obor Sociální práce, Zdravotně-sociální fakulta, Jihočeská Univerzita). Další vzdělávání je zabezpečeno zaměstnavatelem v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok a to skrze specializační vzdělávání, odborných stáží, nebo kurzech s akreditovaným programem. Kvalifikační požadavky a odborná způsobilost je definována dle § 110 zákona o sociálních službách a vztahuje sociální pracovníky vykonávající činnost v sociálních službách a při pomoci v hmotné nouzi, v sociálně-právní ochraně dětí, ve zdravotnických zařízeních, ve školách a školských zařízeních, ve věznicích a v azylových zařízeních.

Vzdělávání v oblasti sexuální delikvence/parafilií pro pracovníky poskytujícím sociální služby těmto cílovým skupinám poskytují převážně neziskové organizace, např. proFem nabízí kurz

<sup>13</sup> [http://datalot.justice.cz/justice/repznatl.nsf/\\$\\$SearchForm?OpenForm](http://datalot.justice.cz/justice/repznatl.nsf/$$SearchForm?OpenForm)

Sexuální násilí a trauma, Vesta Pardubice nabízí kurz Online sexuální nátlak a vydírání dětí, aj. Nicméně zásady poradenské péče o tyto osoby nejsou obsahem žádného akreditovaného vzdělávacího kurzu.

## 1.8. Systémová péče o rodiny a blízké osoby parafiliků

Nabídka systémové péče pro rodinu, partnery a blízké osoby jedinců s parafilní preferencí je pokryta zejména ve sféře zdravotně-sociálních služeb. V rámci psychosociálních služeb je možné využít psychologické, psychoterapeutické či psychiatrické péče. Speciální nabídka péče o blízké osoby parafiliků však v České republice chybí, přestože péče o blízké osoby jedinců s duševním onemocněním je již součástí psychiatrické péče. V rámci některých nestátních neziskových organizací však existují programy zaměřené na prevenci domácího a sexuálního násilí či násilí v rodině, které může probíhat v různých formách (psychické, fyzické, sexuální, ekonomické, sociální a další) a problémy v oblasti sexuality zde nemusí hrát roli.

Nabídka péče pro blízké osoby jedinců s parafilní preferencí se však jeví jako potřebná. Na straně jedince s parafilní preferencí je podpora rodiny či partnera je důležitým faktorem a může hrát významnou roli v procesu terapie. Tento předpoklad je využíván zejména v rámci ochranné léčby sexuologické. Ale také samotní blízcí mohou vyhledat odbornou pomoc pro problémy, které se k tomuto tématu pojí, např. vyrovnání se s parafilíí blízkého, strach z následků pro rodinu a partnerství, nebo komunikace napříč rodinou. U blízkých osob je důležitá zejména psychoedukace a poskytnutí informací o tom, co parafilie jsou a jaké problémy jim může do jejich vztahu přinášet.

## 1.9. Organizace pečující o oběti sexuální delikvence

V České republice spadá péče o oběti do primární, sekundární i terciární prevence (jejich přehled viz Tabulka 15). Do primární prevence spadají organizace, které se zaměřují na celospolečenskou osvětu v tématech týkajících se dopadů sexuálního násilí na potenciální oběti a destigmatizaci tohoto tématu. Do sekundární prevence spadají organizace, které nabízejí bezprostřední pomoc obětem sexuálního násilí, případně intervenují přímo v procesu páchaní trestných činů např. oddělení obětí od pachatele, poskytnutí okamžitého krizového poradenství pro oběť. V rámci terciární prevence dochází k adresování dlouhodobých efektů sexuálního násilí, především následků viktimizace, a to formou dlouhodobé podpůrné péče.



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

**NU<sup>D</sup>Z**  
NÁRODNÍ ÚSTAV  
DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ



**Tabulka 15. Přehled organizací zaměřených na práci s obětí domácího násilí/sexuální delikvence a jejich blízkými.**

| Název organizace                        | Cílová skupina                                                     | Poskytované služby                                                                                                                                                                                       | PP | SP | TP |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|
| <b>ACORUS</b>                           | Dospělé osoby ohrožené domácím násilím                             | Poradenství (sociální, právní)<br>Chatové poradenství<br>Azylový dům<br>Vzdělávací kurzy                                                                                                                 | ✓  | ✓  | ✓  |
| <b>BKB</b>                              | Dospělé oběti domácího násilí a kriminality                        | Krizová telefonní intervence<br>Poradenství<br>Vzdělávací kurzy                                                                                                                                          | ✓  | ✓  | ✗  |
| <b>Locika</b>                           | Děti ohrožené domácím násilím a jejich rodiče                      | Poradenství<br>Psychologické intervence (individuální, skupinové, krizové)<br>Vzdělávací kurzy                                                                                                           | ✓  | ✓  | ✓  |
| <b>ROSA</b>                             | Dospělé oběti domácího násilí                                      | Sociální poradenství<br>Azylové ubytování<br>Krizová telefonní pomoc<br>Internetová a chatová poradna<br>Semináře pro pedagogy o prevenci násilí ve vztazích<br>Vzdělávací kurzy                         | ✓  | ✓  | ✓  |
| <b>profEM</b>                           | Dospělé osoby ohrožené domácím a sexuálním násilím a jejich blízcí | Poradenství (sociální, právní)<br>Psychologická intervence (individuální, skupinová)<br>Internetové a chatové poradenství<br>Infolinka pro oběti sexuálního násilí (a jejich blízké)<br>Vzdělávací kurzy | ✓  | ✓  | ✓  |
| <b>Centrum Nová naděje</b>              | Oběti domácího násilí a dalších trestných činů                     | Poradenství (právní, sociální)<br>Psychologická intervence (krátkodobá individuální, rodinná terapie)                                                                                                    | ✗  | ✓  | ✗  |
| <b>Dětské krizové centrum</b>           | Oběti trestných činů (děti a rodiče)                               | Linda důvěry<br>Krizová pomoc<br>Vzdělávací kurzy<br>Osvětové kampaně                                                                                                                                    | ✓  | ✓  | ✓  |
| <b>Diakonie ČCE</b>                     | Oběti/pachatelé domácího a sexuálního násilí                       | Krizová pomoc<br>Poradenství (sociální, právní)<br>Psychologická intervence (individuální, párová, skupinová)                                                                                            | ✗  | ✓  | ✓  |
| <b>OSPOD</b>                            | Děti                                                               | Orgány sociálně-právní ochrany dětí                                                                                                                                                                      | ✗  | ✓  | ✓  |
| <b>Česká katolická charita</b>          | Oběti domácího násilí                                              | Poradenství (sociální, právní)<br>Krizová pomoc<br>Azylové domy<br>Socioterapie (individuální, skupinová)<br>Pohotovostní linka                                                                          | ✗  | ✓  | ✓  |
| <b>Sdružení na ochranu dětí (KOALA)</b> | Ohrožené děti v rodinách                                           | Krizová linka<br>Poradenství                                                                                                                                                                             | ✗  | ✓  | ✓  |
| <b>Konsent</b>                          | Veřejnost                                                          | Vzdělávací kurzy<br>Osvětové kampaně                                                                                                                                                                     | ✓  | ✗  | ✗  |

Legenda: PP – primární prevence, SP – sekundární prevence, TP – terciární prevence

### 1.9.1. Příklady dobré praxe z českého prostředí

V této kapitole představujeme inspirativní zástupce organizací pečující o oběti sexuální delikvence v rámci jednotlivých dimenzí primární, sekundární a terciární prevence. V rámci jejich služeb si všímáme zejména zapojení do systémového řešení problematiky sexuálního násilí/delikvence, spolupráce s orgány veřejné správy na legislativních změnách, tvorbě metodik pro vzdělávání skupin přicházejících do kontaktu s (potenciálními) pachateli a oběti sexuálního násilí/delikvence a tvorbě osvětových kampaní.

#### Konsent

Nezisková organizace **Konsent** působí zejména na poli primární prevence v oblasti sexuality a sexuální výchovy. Její činnost je hrazena zejména z grantů na jednotlivé projekty (např. EHP a Norské fondy) a z veřejných sbírek.

Hlavní aktivita organizace spočívá v edukaci veřejnosti a pořádání workshopů (viz Tabulka 16). Základním tématem je otázka souhlasu v sexu. Tematické workshopy se věnují komunikaci o sexualitě s dětmi (pro rodiče), sexuální výchově, sexuálnímu násilí a prevenci kybernásilí (pro školy a pro učitele), a rozpoznání sexuálního obtěžování (pro VŠ školy, firmy a bary/kluby). Konsent také usiluje o změnu obsahu sexuální výchovy na českých školách. V České republice neexistuje jednotná metodika sexuální výchovy, na tuto situaci Konsent reagoval vydáním [metodických podkladů](#), z nichž mohou učitelé při výuce čerpat. Zároveň je Konsent aktivní v kampani za nápravu chybné definice znásilnění v českém trestním řádu a změnu znění tohoto zákona, pro tyto účely spustila kampaň zejména na sociálních sítích. Taktéž aktivně spolupracuje s Odborem pro rovnost Úřadu Vlády ČR. Ředitelka organizace Johana Nejedlová se pravidelně v médiích vyjadřuje k tématům sexuálního násilí.

Dále nabízí i svépomocnou skupinu pro ženy, které se staly obětí sexuálního násilí. Jedná se o neformální skupinu scházející se jednou za 14 dní, která není vedena žádným terapeutem. Z tohoto důvodu je všem účastnicím doporučena individuální terapie.

**Tabulka 16: Přehled workshopů organizace KONSENT**

| Název                                                   | Cílová skupina                 | Obsah                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jak mluvit s dětmi o sexu                               | Rodiče                         | Jakým způsobem začít seznamovat děti s tématem sexu a jak s nimi o sexu hovořit.                                                              |
| Jak mluvit s dětmi o bezpečí na internetu (kybernásilí) | Rodiče                         | Jakým způsobem s dítětem hovořit o online prostoru, jak řešit případné nástrahy a jak předcházet tomu, aby se dítě nestalo obětí kyberšikany. |
| Když to chce                                            | Žáci ZŠ a SŠ ve věku 13–17 let | Představení mýtů a stereotypů spojených se sexem a sexuálním násilím. Nácvik komunikačních dovedností v oblasti sexuality a souhlasu.         |
| Power! Bezpečně na síti                                 | Mladiství ve věku 15-26let     | Představení příběhů a modelových situací kybernásilí, kyberšikany a genderově podmíněného násilí.                                             |
| Žádná tabu před tabulí                                  | Učitelé                        | Školení v metodice sexuální výchovy.                                                                                                          |





| Respekt až na půdu.<br>Akademickou. | VŠ studenti<br>a pracovníci | Představení rizikových situací na VŠ.                                                |
|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Respekt je profi                    | Pro firmy                   | Analýza firemního prostředí, návrh možných řešení a zavedení chybějících mechanismů. |
| Respekt je sexy                     | Pracovníci barů a klubů     | Jak rozpoznat v baru obtěžování a jak na něj reagovat.                               |
| Bezpečí na táborech                 | Pro táborové<br>vedoucí     | Jak řešit obtěžování a násilí na táborech                                            |

Legenda: PP – primární prevence, SP – sekundární prevence, TP – terciární prevence

### Bílý kruh bezpečí

Bílý kruh bezpečí (dále BKB) je neziskovou organizací působící na poli sociální sféry a financovanou z dotací MPSV a jednotlivých krajů/měst, MV, sponzorských darů a grantů na jednotlivé projekty (např. EFS). BKB nabízí telefonickou krizovou pomoc a osobní poradenství. BKB zavedl jako první v ČR telefonickou krizovou pomoc, která je bezplatná a je na evropském harmonizovaném čísle, 116 006 (tzn. stejná linka plošně v EU). Jedná se o nonstop linku obětí domácího násilí a kriminality (tedy i sexuálně motivovaných trestných činů jako je znásilnění). Operátoři jsou odborně vzdělaní profesionálové (psychologové, sociální pracovníci), kteří musí absolvovat výcvik a mít osvědčení minimálně 100 hod. telefonické krizové intervence. BKB pak intervencí ve vlastním akreditovaném výcviku školí ve specifických tématech souvisejících s trestnými činy a trestním řízením.

Dále BKB nabízí osobní poradenství osobám ohroženým domácím násilím v poradnách v několika pobočkách po celé ČR. BKB má také vlastní program krátkodobé podpůrné terapie zaměřující se pouze na trauma a maximálně je klientovi nabízeno deset hodinových sezení. Není-li podpůrná terapie dostačující, předává se případ do zdravotního systému. Z celé ČR BKB osloví přes 21 000 kontaktů ročně. Případy znásilnění a pohlavního zneužívání tvoří cca 17 % příchozích osobních kontaktů ročně (převažují ženy). Případy pohlavního zneužívání dětí jsou předávány do péče Dětského krizového centra (viz níže) a pracuje se zde jen se zákonným zástupcem dětí.

BKB nabízí poradenství, informace, pomáhá klientovi zorientovat se v problému a učinit informované rozhodnutí (např. zda nahlásit trestný čin orgánům činným v trestním řízení). Veškerý kontakt je vázán mlčenlivostí a u klienta se neověřuje totožnost. U zvlášť zranitelné oběti – ti, co jsou zvlášť emocionálně zasaženi – je přidělen tzv. „případový manager“, ke kterému klient může chodit opakovaně do poradny, a zároveň přidělený manager doprovází klienta při setkáních s jinými lidmi (např. soudní znalec, zdravotní vyšetření aj.).

Mezi další činnosti BKB patří školení a vzdělávací aktivity pro policii, pracovníky v justici, sociální pracovníky a zdravotníky (kurzy jsou akreditovány u MPSV, nebo MV). BKB také realizovalo řadu kampaní po ČR zaměřených na existenci domácího násilí, či latentní kriminality. BKB se také významně podílí na legislativní a expertní činnosti. Od roku 2010 má BKB dohodu o spolupráci s Policií ČR, skrze které získává část svých klientů. Taktéž jsou držitelem licence diagnostické metody SARA (Spousal Assault Risk Assessment) pro zjišťování rizikových faktorů a vyhodnocení míry rizika domácího násilí. Tuto metodu BKB převzal s Kanady a adaptoval pro český systém v rámci projektu „Hráz“ pod názvem SARA DN a předal k využívání Policii ČR.



## Dětské krizové centrum

Dětské krizové centrum (dále DKC) je nestátní nezisková organizace poskytující sociální a zdravotní služby. Aktivita DKC jsou hrazeny dotacemi MPSV, Středočeského kraje a Magistrátu Hl. m. Prahy, z nadačních fondů a sponzorských darů. Zdravotní služby jsou hrazeny ze zdrojů veřejného pojištění. DKC se od roku 1992 specializuje na prevenci, diagnostiku a terapii syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Cílovou skupinu tvoří děti a dospívající ve věku 0 až 18 let, resp. 26 let (v případě studia). Služby DKC jsou určeny ohroženým dětem i dalším členům rodiny (např. prarodiče, rodiče) nebo jiným osobám pečujícím o dítě.

DKC nabízí nonstop linku důvěry (ve formě online chatu, internetového poradenství a po Skypu a telefonu, nově i pro rizika kyberprostoru), dále ambulantní krizové centrum.

DKS svými intervencemi zasahuje do oblasti primární, sekundární i terciární prevence. Intervence spadající pod oblast PP probíhají zejména formou odborných seminářů, preventivních, informačních a osvětových akcí, dále formou konzultací a edukačně preventivních přednášek určených pro děti, dospělé nebo specifické profesní skupiny. V rámci nejširší prevence jsou využívány také televizní a rozhlasové pořady a zpravodajské relace, články v denících, periodikách, odborných časopisech, příspěvky na odborných konferencích. Součástí preventivního působení je statistické vyhodnocování uživatelů DKC a zobecňování obrazu syndromu CAN v České republice. Cílem je zvýšení informovanosti o syndromu CAN se záměrem umožnit jedincům rozpoznat včas takovou situaci, adekvátně věku vyhledávat pomoc a usilovat o řešení. Preventivní činnosti DKC jsou cíleny jednak na děti samotné, jednak na dospělé. DKC usiluje o zvýšení informovanosti dospělých, kteří se mohou dostat do kontaktu s případy podezření na týrání či zneužívání dítěte jako odborníci zabývající se dětskou problematikou či jako občané.

## 1.10. Část 2: Shrnutí a doporučení

- Na základě celorepublikového šetření bylo zjištěno, že lidé s parafilní preferencí jsou v naší populaci poměrně hojně zastoupenou skupinou. Většina z nich však odbornou sexuologickou pomoc nikdy nevyhledala. Naopak většina jedinců s parafilní preferencí se do péče dostane až ve chvíli, kdy je jim soudně nařízena. Řešením je posílení anonymních a nízkoprahových forem péče pro tuto CS na pomezí zdravotně-sociálního systému.
- Mezi nejčastější bariéry pro tuto cílovou skupinu vyhledává odbornou pomoc zřídka, patří obava z přiznání identity a deanonymizace, obava z nahlášovacích povinností odborníka a z automatického přidělení diagnózy poruchy sexuální preference a následné nasazení medikace.
- Nabídka odborné péče pro jedince s parafilní preferencí je pokryta zejména v rámci zdravotního systému. V České republice chybí specializovaná krizová centra a krizové linky pro jedince s parafilní preferencí. Také provázanost dostupných zdravotně-sociálních služeb není dostatečná, jejich služby jsou založeny zejména na práci samostatných specialistů nabízejících pouze úzké spektrum služeb. Řešením mohou být nově vznikající Forenzní multidisciplinární týmy a poradensko-terapeutický program Parafilik.



- ▶ Napříč jednotlivými pracovišti se ukazuje nejednotnost diagnostických a risk-assessmentových postupů. Zařazení přesnější struktury anamnestického rozhovoru, např. dle vzoru DSM-5 nebo ESSM Manual of Sexual Medicine, 2015 a její zařazení do přípravy specializovaných pracovníků (např. v oblasti sexuologie a psychologie) by umožnilo větší srovnatelnost napříč pracovišti a bylo by méně závislé na zkušenostech klinického pracovníka.
- ▶ Pletysmografické vyšetření se provádí na téměř všech navštívených sexuologických pracovištích v ČR, postup však není mezi pracovišti standardizován. Není jednotnost napříč používanými sadami a neexistuje evidence-based podklad pro standardizaci použitých sad. Metodika pro zaškolení vyšetřujících pracovníků rovněž není vypracována. Bylo by vhodné ve spolupráci s některými pracovišti v ČR poskytnout data k diagnostické validitě alespoň některých používaných sad. Taktéž by bylo vhodné zařadit koncepční výuku diagnostiky pomocí PPG do kurikula atestační přípravy pro obor sexuologie, nebo do budoucna akreditovat kurz pro systematickou práci s psychofyziologickými nástroji pro diagnostiku parafilních poruch. Zároveň by bylo vhodné vytvořit mapu pracovišť, kde je možné podstoupit pletysmografické vyšetření mimo forenzní sféru.
- ▶ Zavedení standardizovaných nástrojů rizika do standardů diagnostické a terapeutické praxe v ČR by umožnilo přesnější identifikaci rizik, standardizaci procesu napříč zařízeními, snazší sestavování individuálních terapeutických plánů a transparentnější podklady mezi zdravotníky a pracovníky v orgánech činných v trestním řízení a justici. Při zavedení nástrojů umožňujících kvantifikaci (např. STATIC-99, Hanson & Thornton, 1999; STABLE-2007, Hanson, Harris, Scott, & Helmus, 2007); ACCUTE-2007, Hanson & Harris, 2007) by bylo rovněž možno lépe sledovat efekt terapeutického procesu a převádět jej přímo na pravděpodobnost budoucí recidivy jedince.
- ▶ V současnosti neexistují komplexní data o efektivitě dodávaných režimových terapeutických programů v rámci většiny institucí v ČR.
- ▶ Je vhodné revidovat systém farmakoterapie v ČR podle současných trendů, zajímavá je implementace jednotlivých typů medikace podle míry rizikovosti klienta podle recentních doporučených postupů Světové federace společností pro biologickou psychiatrii.
- ▶ Pandemie COVID-19 přinesla nové možnosti pro řešení zvýšené poptávky po psychologických a psychiatrických službách. Některé pojišťovny zavedli nabídku příspěvku na psychosociální péči, zvýšila se dostupnost online intervencí a začala se projednávat možnost jejich úhrad ze zdrojů veřejného pojištění. Tato skutečnost by do budoucna mohla být využita v nastavení nízkoprahových forem intervencí a zvýšení jejich dostupnosti pro jedince s parafilní preferencí.
- ▶ Přestože v roce 2022 došlo k revizi CV sexuologa, v oblasti parafilí teoretické i praktické dovednosti zcela nereflektují nové zahraniční a české výzkumy a poznatky v oblasti diagnostiky a psychoterapie/farmakoterapie. Vzdělávání sexuologů by mělo obsahovat standardizované postupy napříč všemi zařízeními v ČR, včetně strukturovaného anamnestického rozhovoru, doporučených okruhů a témat poradenství a psychoterapie a unifikovaného zaškolení do práce s falopletysmografem a vulvopletysmografem. Zároveň by toto vzdělávání mělo zahrnovat problematiku zhodnocení rizikovosti jedince s parafilní preferencí a její reflexí do vytváření terapeutického plánu. Vzdělávání sexuologů by rovněž mělo být doplněno i o zahraniční programy, např. v rámci evropské organizace European Society for Sexual Medicine, která nabízí desetidenní intenzivní kurz ESSM School of Sexual Medicine a taktéž nabízí krátké specificky zaměřené webináře k tématům

sexuální medicíny. V budoucnu by bylo také vhodné doplnit vzdělávání o akreditovaný výcvik psychotherapeutické péče v kontextu parafilii a problematického sexuálního chování a standardizovaných metod v oblasti risk-assesmentu

- ▶ Dále doporučujeme posílení edukace odborníků ve zdravotnictví (sexuologů, psychiatrů a dětských psychologů) v péči o mladistvé s problematickým sexuálním chováním, a provést revizi přístupu k péči pro tuto cílovou skupinu (např. zajištění anonymity a péče bez nutnosti souhlasu rodičů, propagaci existence takové péče, destigmatizaci tématu, vytvoření mapy odborníků specializujících se na sexuologickou problematiku u této specifické cílové skupiny). Též by bylo vhodné rozšířit nabídku odborné péče pro mladistvé ve spolupráci s jejich blízkými v rámci komunitních služeb.
- ▶ V rámci vzdělávání odborníků v oblasti forenzní praxe doporučujeme navýšit vzdělávání v oblasti sexuální delikvence a parafilii. V oblasti forenzního posuzování doporučujeme, aby znalecký posudek podle mezinárodních standardů obsahoval jasnou metodiku, jakým způsobem byl daný jedinec posuzován tak, aby byl přezkoumatelný. V české praxi forenzní sexuologie se tak vždy neděje. Důvodem je nejasná metodika tvorby jednotlivých částí forenzního vyšetření a formy posudků, která se odráží v nejasných požadavcích na profesní přípravu forenzních posuzovatelů v oblasti sexuologie. Doporučujeme vytvořit jasnou metodiku znaleckého posuzování a jednotný vzor pro tvorbu forenzních posudků, která by obsahovala doporučenou strukturu anamnestického vyšetření, a zařazovala by část pro zhodnocení rizikovitosti. Nutná je i standardizace metodiky PPG vyšetření a zkouška z její interpretace.
- ▶ V rámci systémové péče o rodinu a blízké osoby parafiliků doporučujeme pokrytí těchto poradenských a terapeutických služeb ze zdrojů veřejného pojištění.
- ▶ V rámci prevence sexuální delikvence je velice vhodné navázat spolupráci mezi organizacemi/programy pečující o oběti a pachatelé sexuální delikvence, zejména s ohledem na doporučování služeb těchto organizací. Z tohoto důvodu v rámci projektu Parafilik dochází ke spolupráci s některými organizacemi a dochází ke vzájemnému doporučování našich služeb. Cílem je vytvořit fungující mapu kontaktních institucí a pracovníků certifikovaných pro práci s pachatelé i oběťmi sexuální delikvence.



## 2. SEXUÁLNÍ DELIKVENCE V ČR: ANALÝZA SOUČASNÉHO STAVU

### 2.1. Vymezení sexuální delikvence

Sexuální delikvence zahrnuje všechny formy lidského sexuálního chování, které je v rozporu se společenskými a právními normami. Jinými slovy řečeno, těmito trestnými činy jsou sexuální činy spáchané pro bezprostřední sexuální uspokojení pachatele, které je v rozporu s převládající sexuální morálkou společnosti, ve které pachatel žije, a jsou uvedeny v trestním zákoně. Trestné činy charakterizované jako sexuální delikvence jsou soustředěny v [Hlavě III. zvláštní části zákona číslo 40/2009 Sb., trestní zákoník, nazvané Trestné činy proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti.](#)

Druhovým objektem těchto trestných činů je nedotknutelnost intimní sféry jednotlivce a postihují jednání, která jsou v rozporu s mravními názory ve společnosti na sexuální vztahy, ohrožují svobodu rozhodování v oblasti pohlavního života (znásilnění a sexuální nátlak), ohrožují zdravý mravní a tělesný vývoj dětí (pohlavní zneužití, zneužití dítěte k výrobě pornografie) a ohrožující některé mravní zásady (výroba a jiné nakládání s dětskou pornografií).<sup>14</sup> Některé sexuální delikty jsou ale často stíhány dle „nesexuálních“ paragrafů uvedených v Hlavě IV. a V., např. sexuální agrese může být rovněž posuzována a kvalifikována jako omezování osobní svobody, vydírání či ublížení na zdraví, fetišistický delikt může být kvalifikován jako krádež a exhibicionismus jako výtržnictví (Weiss, 2017). Do kategorie sexuální delikvence ale spadají i další aktivity, které nejsou trestním právem postižitelné, protože nedosahují intenzity trestného činu (např. některé méně intenzivní formy sexuálního obtěžování verbálního charakteru). I ty mohou nicméně naplňovat skutkovou podstatu některého z přestupků či porušovat jiný právní předpis (např. zákoník práce).

<sup>14</sup> Projekt PARAFILIK rovněž připravil seznam jejich zkrácených definic a vysvětlení, použitelný pro porozumění ze strany CS parafilici a odborníků pro péči (součástí materiálů pro Psychoedukaci).

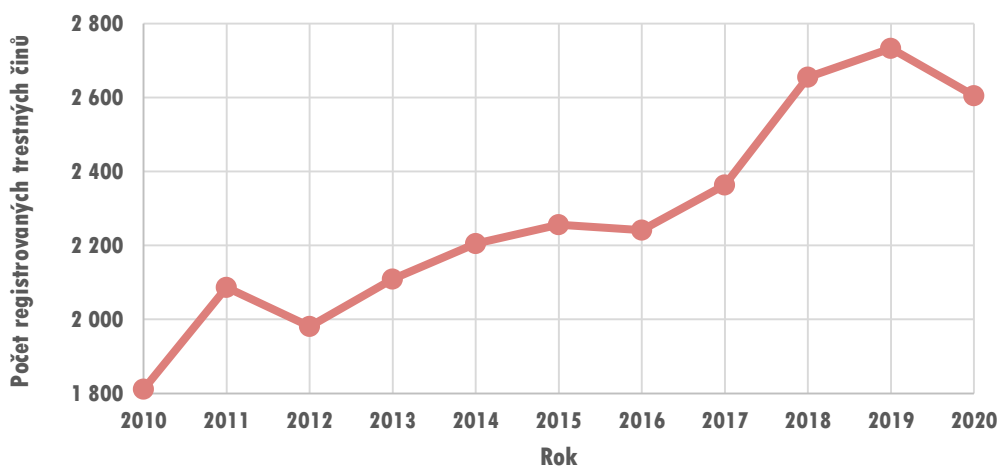
## 2.2. Prevalence sexuální delikvence v České republice

### 2.2.1. Prevalence sexuálně motivované trestné činnosti

Policie ČR (včetně MV ČR) používá pro účely zpracování statistických dat kriminality vlastní klasifikaci (tzv. takticko-statistickou klasifikaci, dále TSK) s vlastním kódováním jednotlivých trestných činů a jejich kombinací a řazením trestných činů do skupin s vlastním označením (jejich přehled viz Tabulka 1). Následující souhrnná data jsou výsledkem rešerše policejních dat provedené z iniciativy projektu PARAFILIK ve spolupráci s Policejním Prezidiem ČR v roce 2021.

V roce 2019 bylo spácháno 2807 registrovaných trestných činů<sup>15</sup> tzv. mravnostní kriminality, z nichž objasněno bylo 1848 (68 %), celkem včetně dodatečných objasněných 2215 (81 %). Mírně rostoucí trend registrovaných mravnostních trestných činů je viditelný v posledních deseti letech, viz Graf 7. V roce 2020 Policie ČR však zaznamenala nejméně mravnostních trestných činů v novodobé historii. V roce 2020 bylo spácháno 2 605 mravnostních trestných činů, z toho bylo objasněno 1886 TČ. Tento pokles může být zapříčiněn omezujícími opatřeními spojených s pandemií COVID-19 (Ministerstvo vnitra ČR, 2021).

**Graf 7. Vývoj registrované mravnostní trestné činnosti v letech 2010–2020.**



**Zdroj dat:** Statistické přehledy kriminality 2010-2020, Policie ČR

K poklesu počtu registrovaných trestných činů v roce 2020 oproti předchozímu roku došlo v TSK 201, 202, 212, 271, 280, 290. Naopak k nárůstu došlo v TSK 211, 213, 214, 231, 241. Nejčastějšími mravnostními trestnými činy v roce 2020 byly ostatní mravnostní trestné činy (oproti roku 2016 nárůst z 360 na 647), následně znásilnění (639 registrovaných znásilnění, pokles o 44 znásilnění oproti loňskému roku) a pohlavní zneužívání ostatní (624; viz Tabulka 17).

<sup>15</sup> Jedná se o trestný čin, u kterého bylo zahájeno trestní řízení v předmětném období a je dosud neukončen nebo ukončen určitými způsoby.

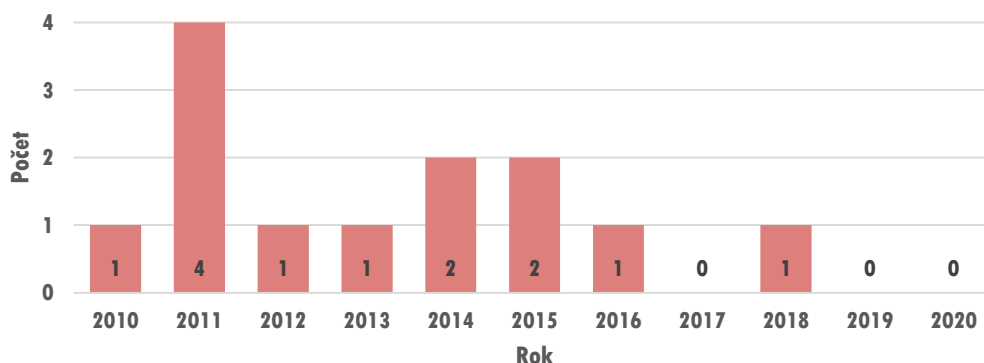
**Tabulka 17. Počet vybraných registrovaných trestných činů mravnostní kriminality v letech 2016–2020 dle TSK.**

| TSK                                    | Takticko-statistická klasifikace                             | REGISTROVÁNO (POČET) |              |              |              |              |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|                                        |                                                              | 2016                 | 2017         | 2018         | 2019         | 2020         |
| 201                                    | znásilnění (§ 185)                                           | 649                  | 598          | 651          | 683          | 639          |
| 202                                    | sexuální nátlak (§ 186)                                      | 36                   | 66           | 63           | 105          | 71           |
| 211                                    | pohlavní zneužívání v závislosti (§ 187/2)                   | 74                   | 68           | 92           | 88           | 96           |
| 212                                    | pohlavní zneužívání ostatní (§ 187/1, 3, 4)                  | 619                  | 669          | 630          | 672          | 624          |
| 213                                    | komerční forma sexuálního zneužívání v závislosti (§ 187/2)  | 4                    | 4            | 5            | 4            | 5            |
| 214                                    | komerční forma sexuálního zneužívání ostatní (§ 187/1, 3, 4) | 11                   | 9            | 7            | 8            | 18           |
| 231                                    | ostatní pohlavní úchytky (§ 358)                             | 342                  | 278          | 405          | 272          | 309          |
| 241                                    | šíření pornografie (§ 191)                                   | 56                   | 84           | 83           | 99           | 113          |
| 271                                    | kuplířství (§ 189)                                           | 36                   | 60           | 34           | 37           | 19           |
| 280                                    | soulož mezi příbuznými (§ 188)                               | 9                    | 4            | 5            | 6            | 4            |
| 281                                    | obchodování s lidmi (§ 168)                                  | 22                   | 16           | 13           | 20           | 18           |
| 290                                    | ostatní mravnostní trestné činy (§ 190, 192–194)             | 360                  | 489          | 649          | 728          | 647          |
| <b>mravnostní kriminalita (CELKEM)</b> |                                                              | <b>2 218</b>         | <b>2 345</b> | <b>2 637</b> | <b>2 722</b> | <b>2 563</b> |

Zdroj dat: Statistické přehledy kriminality 2016–2020, Policie ČR

Mimo kategorii mravnostní kriminality Policie ČR eviduje kategorii vraždy (loupežné, sexuální, motivované osobními vztahy, na objednávku, novorozence matkou, ostatní). Počet registrovaných sexuálních vražd (TSK 102, §140 TrZ) v posledních deseti letech ukazuje Graf 8.

**Graf 8. Počet vražd-sexuálních v letech 2010–2020.**



Zdroj dat: Statistické přehledy kriminality 2010–2020, Policie ČR.



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

**NU<sup>D</sup>Z**  
NÁRODNÍ ÚSTAV  
DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ



Ostatní mravnostní trestné činy podle TSK uvedených v Tabulce 18 a 19.

**Tabulka 18. Počet registrovaných trestných činů Pohlavní zneužívání ostatní dle TSK v ČR podle pohlaví a věku objektu napadení v letech 2019-2020.**

| Rok  | Alespoň jeden z více možných objektů napadení je: |               |                   |                |                |                    |
|------|---------------------------------------------------|---------------|-------------------|----------------|----------------|--------------------|
|      | Muž do 15ti let                                   | Muž 15-17 let | Muž 18 a více let | Žena do 15 let | Žena 15-17 let | Žena 18 a více let |
| 2020 | 98                                                | 6             | 2                 | 518            | 6              | 2                  |
| 2019 | 122                                               | 1             | -                 | 549            | 6              | 2                  |

Zdroj: Statistické přehledy kriminality 2019-2020, na požadavek

**Tabulka 19. Počet registrovaných trestných činů Ostatních mravnostních trestných činů dle TSK v ČR podle pohlaví a věku objektu napadení v letech 2019-2020.**

| Rok  | Alespoň jeden z více možných objektů napadení je: |               |                   |                |                |                    |
|------|---------------------------------------------------|---------------|-------------------|----------------|----------------|--------------------|
|      | Muž do 15ti let                                   | Muž 15-17 let | Muž 18 a více let | Žena do 15 let | Žena 15-17 let | Žena 18 a více let |
| 2020 | 21                                                | 11            | 1                 | 168            | 48             | 1                  |
| 2019 | 36                                                | 9             | -                 | 177            | 41             | 6                  |

Zdroj: Statistické přehledy kriminality 2019-2020, na požadavek

V případě dětských obětí, Ministerstvo práce a sociálních věcí v ČR každoročně uveřejňuje počty týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí. Z těchto statistik vyplývá, že sexuálnímu zneužívání v ČR jsou nejčastěji vystaveny děti ve věku 6-15 let. Tabulka 20 ukazuje odhalené případy sexuální zneužívání dětí dle věkových kategorií v letech 2014-2020, ze které je zřejmé, že dívky jsou sexuálně zneužívány častěji než chlapci.

**Tabulka 18. Počet registrovaných trestných činů Pohlavní zneužívání ostatní dle TSK v ČR podle pohlaví a věku objektu napadení v letech 2019-2020.**

| Pohlaví | Věk   | Rok  |      |      |      |      |      |      |
|---------|-------|------|------|------|------|------|------|------|
|         |       | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| chlapci | <1    | 0    | 1    | 1    | 0    | 0    | 0    | 0    |
|         | 1–3   | 8    | 1    | 2    | 4    | 1    | 4    | 2    |
|         | 3–6   | 31   | 21   | 25   | 20   | 14   | 20   | 12   |
|         | 6–15  | 119  | 94   | 133  | 82   | 114  | 90   | 81   |
|         | 15–18 | 26   | 8    | 24   | 14   | 17   | 14   | 11   |
| dívky   | <1    | 1    | 0    | 0    | 1    | 0    | 0    | 1    |
|         | 1–3   | 16   | 11   | 9    | 9    | 6    | 11   | 8    |
|         | 3–6   | 77   | 64   | 50   | 51   | 39   | 55   | 48   |
|         | 6–15  | 528  | 471  | 452  | 444  | 429  | 445  | 378  |
|         | 15–18 | 126  | 74   | 84   | 104  | 100  | 112  | 83   |

Zdroj: Roční výkazy o výkonu sociálně právní ochrany dětí 2014-2020, Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.





Evidence dat také není kompletní díky vysoké latentní (tj. skryté) kriminalitě. Registrované trestné činy tvoří jen poměrnou část odrážející reálnou trestnou činnost. Žádná z dostupných statistik v ČR neobsahuje odhad výskytu latentní kriminality, krom některých mezinárodních odhadů latentní kriminality online (Europol, 2020). Její úroveň lze pouze do jisté míry usuzovat na základě výsledků viktimologických výzkumů zjišťujících počet obětí trestných činů znásilnění a pohlavního zneužití napříč populací. Průzkum Agentury Evropské unie pro základní práva z roku 2014 ukázal, že v České republice zažilo fyzické nebo sexuální násilí 32 % žen, sexuální zneužívání 12 % žen a znásilnění 5 % žen (EU, 2014). Celonárodní reprezentativní studie ukazují, že prevalence sexuálního zneužití v dětství je 2,5% u mužů a 4,4% u žen (N= 2000; Weiss & Zvěřina, 2013), zatímco jiná studie ukázala, že 25,7 % respondentů se do 15 let setkala s nějakou formou sexuálního zneužívání (N = 1112; Pöthe, Halfarová, Bosák, & Csémy, 1998 podle Halfarové, 2002). Nejvyšší stupeň latence se odhaduje u TČ znásilnění a pohlavního zneužití. V roce 2021 proběhlo reprezentativního kvantitativního šetření pod záštitou společnosti Profem, kterého se zúčastnili muži i ženy starší 18 let (N=1000, ženy 512) v ČR. Minimálně jednou během svého života bylo znásilněno 9,2 % žen/2% mužů a 6,6 % žen bylo nuceno k nepříjemným sexuálním praktikám. S nějakou formou sexuálního násilí nebo sexuálního obtěžování se setkala 22,3 % mužů, tzn. každý čtvrtý muž. 10,2% žen a 2 % mužů byla svědkem exhibicionismu, sexuálního sebeuspokojování pachatele na veřejnosti nebo zažila voyeurství.

### 2.2.2. Prevalence kyberkriminality

Zpráva o situaci v oblasti vnitřní bezpečnosti a veřejného pořádku na území České republiky v roce 2019 uvádí, že k nárůstu mravnostní trestné činnosti přispívá aktivní využívání moderních informačních technologií (Ministerstvo vnitra ČR, 2020). V roce 2019 bylo registrováno 777 skutků mravnostní kyberkriminality. Podle MV ČR měla do 31. 8. 2020 tato trestná činnost stoupající tendenci, ale po tomto datu nastal pokles (celkem 524 skutků mravnostní kyberkriminality, pokles o 14,2% oproti roku 2019). Tyto statistiky však nutně nereflexují reálný stav, i v oblasti mravnostní kyberkriminality je značná latence.

Oblast mravnostní kyberkriminality se nejčastěji týká dětí do 18 let, mezi kterými výrazně narostlo používání internetu. Zpráva tvrdí, že „pachatelé zneužívají nezkušenosti a důvěřivosti mládeže, kterou kontaktují prostřednictvím sociálních sítí, vydávají se za jejich vrstevníky a pod různými legendami se snaží získat zejména jejich fotografie, případně videozáznamy se sexuálním podtextem, k jejichž pořízování a zaslání se je snaží přesvědčit, a následně svou oběť vydírají.“ (Ministerstvo vnitra ČR, 2020). Mravnostní kyberkriminalita zahrnuje množství trestných činů např. ohrožování výchovy dítěte (§ 201), šíření pornografie (§ 191), výroba a jiné nakládání s dětskou pornografií (§ 192), zneužití dítěte k výrobě pornografie, účast na pornografickém představení (§ 193), ale i navazování nedovolených kontaktů s dítětem (§ 193b) či svádění k pohlavnímu styku (§ 202). Do této skupiny patří i delikty směřující vůči zletilým osobám, jako např. kuplířství, sexuální nátlak, obchodování s lidmi, atd. (Ministerstvo vnitra ČR, 2020).

Definice kybernetické kriminality v oblasti trestního práva, zejména v trestním zákoníku, není zakotvena. Policie ČR nevydává podrobnější statistiku mravnostní kyberkriminality, jejíž řešení spadá pod Národní centrálu proti organizovanému zločinu SKPV. Statistiky Policie ČR pouze evidují způsob páchaní jakéhokoli skutku (např. spácháno na internetu). Tyto údaje však nereflexují prevalenci jednotlivých mravnostních trestných činů v kyberprostoru. Taktéž nezanedbatelná část TČ, které bychom řadili ke kyberkriminalitě, se skrývá pod celou řadu dalších skutkových podstat a tak je nelze ve statistických údajích odlišit od klasické kriminality. Výjimku v rámci mravnostní kyberkriminality tvoří zpráva [Kyberkriminalita v kriminologické perspektivě](#) (Vlach, Kudrlová & Paloušová, 2020) ve které se uvádí, že mezi lety 2015-2019 bylo 88



pravomocně odsouzeno za TČ navazování nedovolených kontaktů s dítětem (§ 193b). Z toho 4 pachatelé byly ve věku 15-17 let a 29 z nich bylo uloženo ochranné léčení sexuologické. Prevalenci mravnostní kyberkriminality také můžeme odhadovat zejména z viktimologických dat.

Ze statistik Ministerstva práce a sociální věcí vyplývá, že děti zneužitých pro tvorbu dětské pornografie v ČR jsou nejčastěji vystaveny dívky ve věku 6-15 let. Tabulka 21 ukazuje odhalené případy dětí dle věkových kategorií v letech 2014-2020.

**Tabulka 21. Počet zjištěných případů dětí zneužitých pro tvorbu dětské pornografie v letech 2014-2020.**

| Pohlaví | Věk   | Rok  |      |      |      |      |      |      |
|---------|-------|------|------|------|------|------|------|------|
|         |       | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| chlapci | <1    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    |
|         | 1–3   | 1    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 1    |
|         | 3–6   | 1    | 2    | 1    | 0    | 2    | 0    | 0    |
|         | 6–15  | 12   | 6    | 11   | 6    | 16   | 30   | 13   |
|         | 15–18 | 2    | 2    | 3    | 2    | 9    | 4    | 7    |
| dívky   | <1    | 0    | 0    | 1    | 0    | 0    | 0    | 0    |
|         | 1–3   | 1    | 0    | 0    | 0    | 0    | 2    | 0    |
|         | 3–6   | 2    | 1    | 0    | 1    | 1    | 1    | 2    |
|         | 6–15  | 50   | 37   | 43   | 74   | 86   | 65   | 39   |
|         | 15–18 | 18   | 9    | 7    | 36   | 135  | 14   | 15   |

Zdroj: Roční výkazy o výkonu sociálně právní ochrany dětí 2014-2020, Ministerstvo práce a sociální věcí ČR

Podle evropského průzkumu EU Kids Online 2020 (Smahel et al., 2020) v České republice 35% chlapců a 32% dívek někdy obdrželo zprávu se sexuálně explicitním kontextem (průměr za další evropské země je 22%) a 16% chlapců a 31% dívek bylo nuceno ke komunikaci o sexuálních tématech (17% za evropské země). Reprezentativní průzkum české populace z roku 2020 (Androvičová et al., v přípravě) ukazuje, že s kybergroomingem (= manipulativní technikou, kterou se pomocí přátelství a nastolení důvěry snaží někdo přimět dítě ke sdílení intimností a posléze k osobní schůzce) mělo do svých 15 let zkušenost 1 % mužů a 2 % žen. Od 16 let pak 1.4 % mužů a 2.5 % žen. Reprezentativní průzkum společnosti ProFem z roku 2021 ukazuje, že během svého života 16,8 % žen obdrželo alespoň jednu nevyžádané erotické či intimní fotografie nebo videa. V rámci nejvíce exponované věkové kategorie 18-30 let mělo tuto zkušenost do 15 let 2.2 % mužů a 7.4 % žen. Údaje o mladší populaci nynějších pubescentů a adolescentů máme k dispozici od E-bezpečí.cz (Kopecký & Szotkowski, 2017). Podle jejich výzkumu 15 % dětí sdílelo online intimní fotky, 6 % intimní video, 4 % se před webkamerou obnažily, 40 % obdrželo něčí erotickou fotku, přes 20 % něčí erotické video, 22 % dětí vidělo někoho se obnažovat před kamerou a 32 % dostalo pozvánku na schůzku v reálném světě.

V roce 2020 vyšel český dokumentární film V Síti, který upozornil na problematiku zneužívání dětí na internetu. Dokument popisuje celou řadu rizikových fenoménů, kteří pachatelé při komunikaci s dětmi v online prostoru používají. V rámci tohoto filmu vznikla i osvětová kampaň ve spolupráci s projektem E-Bezpečí, která si klade za cíl informovat děti a rodiče, jak se v takovém případě chovat. Zároveň propojuje případné pachatele na online poradnu projektu Parafilik, přestože podíl lidí s parafilní preferencí mezi pachateli s problematickým chováním na internetu v ČR zůstává



neznámý. Z několika málo dostupných zahraničních výzkumů týkajících se přímo on-line sexuální delikvence se zdá, že v populaci pachatelů těchto činů je zastoupení lidí s parafilními kolem 10 – 30% (Briggs et al., 2011; Seto et al., 2012). Vzhledem k tomu, že nejčastějšími oběťmi online sexuální delikvence jsou děti a dospívající, lze se domnívat, že z lidí s parafilními preferencí je vyšší zastoupení mezi jedinci s pedofilií a hebefilií (až 30%; Johnson, 2019; Seto et al., 2012). Zbylé procento pachatelů tvoří mladiství, psychosexuálně nezralí jedinci, jedinci s kompulzivně sexuálním chováním, ale i psychosexuálně normální muži s různými motivacemi k takovému chování.

Z dotazníků šířených anonymně v rámci komunit (V1) a zacílených anonymních parafiliků v rámci reprezentativního on-line panelu (V2) vyplývá, že CS parafilici má v minulosti zkušenost s mravnostní kyberkriminalitou, zejména s držením, výrobou a šířením dětské pornografie (tzv. CSAM).<sup>16</sup>

### 2.2.2. Prevalence kriminality mládeže

Závažným fenoménem mravnostní kriminality je vzestupný trend trestné činnosti nezletilých a mladistvých. Podle zprávy Analýza trendů kriminality v České republice v roce 2019 (Scheinost et al., 2020) bylo v roce 2019 řešeno 527 skutků mravnostní povahy u osob do 18 let. Převažující část mravnostní kriminality tvoří znásilnění (§ 185) – 37 skutků mladistvých mužů a 29 skutků mužů ve věku do 15 let (vyšetřován byl i 1 skutek dívky do 15 let), více čtené je pak pohlavní zneužívání, které bylo registrováno v rozsahu 314 skutků (mladší muži 164 skutků, muži do 15 let 88 skutků, mladistvé ženy 8 skutků a ženy do 15 let 54 skutků).

Nejčastějšími trestnými činy dle TSK v roce 2020 páchanými nezletilými a mladistvými bylo pohlavní zneužívání ostatní, ostatní mravnostní trestné činy a znásilnění (viz Tabulka 22).

Příčiny sexuálně nevhodného chování nezletilých a mladistvých jsou různé, roli zde hraje i komorbidita: ADHD, pervazivní vývojové poruchy, mentální retardace, poruchy chování, úzkostné poruchy, ale i možný vývoj k parafilii. Diagnostikovat parafilii v tomto věku je obtížné. Jedinec se brání sdělovat své pocity, masturbační fantazie, současně je sexualita v tomto období značně nesourodá, fantazie velmi pestré a preference nevyhraněné (Spilková, 2013).

Ze specifických rozhovorů s odborníky (V3), delikventními parafiliky (V6) a z dotazníků pro odborníky (V5) i komunity (V1) vyplývá palčivý problém neexistující nabídky odborné péče pro mladistvé osoby s problematickým sexuálním chováním. České trestní právo v případě mladistvých odsouzených nabízí možnost ukládat podle zákona č. 218/2003 Sb. (zákon o soudnictví ve věcech mládeže) výchovné, ochranné a trestní opatření. V rámci výchovného opatření je možné uložit dohled probačního úředníka, probační program, výchovná omezení (např. nepřečítávat předměty, které by mohly sloužit k páčání dalších provinění), napomenutí s výstrahou a výchovné povinnosti. Ty spočívají v povinnosti podrobit se vhodnému programu sociálního výcviku, psychologickému poradenství, terapeutickému programu, vzdělávacímu, doškolovacímu, rekvalifikačnímu nebo jinému vhodnému programu k rozvíjení sociálních dovedností a osobnosti mladistvého, který není probačním programem. Mezi ochranná opatření

<sup>16</sup> CSAM je zkratkou pojmu Child Sexual Abusive Materials, který je používán zejména v zahraničí. CSAM odkazuje na jakékoliv problematické materiály, které zachycují dítě v erotickém kontextu. Zatímco dětská pornografie odkazuje na legálnost daných materiálů, child sexual abusive materiál zahrnuje veškeré materiály zobrazující dítě v erotickém kontextu. Z tohoto důvodu doporučujeme používat tento pojem.

patří ochranné léčení, zabezpečovací detence, ochranná výchova a jiné. Při ochranné výchově je daný jedinec umístěn do výchovného či diagnostického ústavu, kde se skrze vzdělávací, terapeutické a výchovné aktivity pracuje na individuálním programu pomoci.

**Tabulka 22. Registrované trestné činy dle TSK v roce 2020 spáchané nezletilými a mladistvými.**

| TSK | Takticko-statistická klasifikace                             | Registrováno | Objasněno                                                |
|-----|--------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------|
|     |                                                              |              | celkem spácháno<br>nezletilými<br>a mladistvými<br>počet |
| 201 | znásilnění (§ 185)                                           | 639          | 70                                                       |
| 202 | sexuální nátlak (§ 186)                                      | 71           | 11                                                       |
| 211 | pohlavní zneužívání v závislosti (§ 187/2)                   | 96           | 5                                                        |
| 212 | pohlavní zneužívání ostatní (§ 187/1, 3, 4)                  | 624          | 260                                                      |
| 213 | komerční forma sexuálního zneužívání v závislosti (§ 187/2)  | 5            | 0                                                        |
| 214 | komerční forma sexuálního zneužívání ostatní (§ 187/1, 3, 4) | 18           | 1                                                        |
| 231 | ostatní pohlavní úchyly (§ 358)                              | 309          | 6                                                        |
| 241 | šíření pornografie (§ 191)                                   | 113          | 8                                                        |
| 271 | kuplířství (§ 189)                                           | 19           | 0                                                        |
| 280 | soulož mezi příbuznými (§ 188)                               | 4            | 1                                                        |
| 281 | obchodování s lidmi (§ 168)                                  | 18           | 2                                                        |
| 290 | ostatní mravnostní trestné činy (§ 190, 192-194)             | 647          | 106                                                      |

Zdroj: Statistické přehledy kriminality 2019, Policie ČR.

## 2.3. Typy a možnosti prevence sexuální delikvence

Preventivní intervence jsou klíčovým prvkem ochrany veřejného zdraví. Prevence se odehrává se na třech úrovních: primární (PP), sekundární (SP) a terciární (TP)<sup>17</sup> (Jeglic & Culkins, 2016).

V mnoha evropských zemích, včetně České republiky, existuje poměrně dobře rozvinutá systémová péče o jedince, kteří již byli usvědčeni ze sexuálního deliktu a jejich oběti. Nalezneme tu programy SP, která si klade za cíl okamžitou redukci krátkodobých následků sexuální

<sup>17</sup>Podle některých recentních studií se prevence dělí na 4 úrovně: primární, sekundární, terciární a kvartérní (např. McCartan & Kemshall, 2021).

delikvence. Na straně oběti SP obsahuje oddělení oběti od pachatele a poskytnutí okamžitého krizového poradenství, na straně pachatele jeho lokalizaci, nalezení a poskytnutí okamžité léčby (terapeutické či farmakologické) či zahájení trestního stíhání a následné umístění do výkonu trestu, a na straně rodiny či blízkých osob poskytnutí podpory.

V dalším kroku pak navazuje TP, která se snaží zamezit dlouhodobým efektům sexuálního delikvence. Tato péče obsahuje pokračující terapie či konzultace pro oběti sexuálních deliktů, trest a případnou nařízenou léčbu pachatelů sexuálních deliktů v ochranném léčení, detenci či uvězněním. Hlavním cílem terciární prevence je resocializace pachatele a snížení rizika jeho recidivy (Jeglic & Culkins, 2016). Takový systém práce však působí spíše reaktivně a neumožňuje včas podchytit rizikové skupiny páčající sexuálně motivovanou trestnou činnost.

V současné době se však ve světě přesouvá pozornost společnosti na primární prevenci (PP), která se snaží zabránit sexuální delikvenci ještě předtím, než k ní dojde. Primární prevence sexuálního násilí může cílit na širokou veřejnost bez ohledu na rizikovost populace. Do této kategorie spadají osvětové a vzdělávací aktivity, jejichž těžištěm je zejména škola či rodina. Zvláštní pozornost je zaměřena na pozitivní ovlivňování zejména dětí a mládeže (využívání volného času, možnosti sportovního vyžití). Primární prevence však může cílit i na úzký, specifický okruh populace. V případě sexuálního násilí se jedná o populaci či jedince, u nichž je zvýšená pravděpodobnost, že se stanou obětí či pachatelem sexuální delikvence. Recentní strategie Evropské Komise [EU strategy for a more effective fight against child sexual abuse](#) zdůrazňuje nutnost zavedení chybějících intervencí zaměřených na osoby ve zvýšeném riziku páchání sexuální delikvence (např. osob s parafilií) včetně aktivních preventivních strategií (např. cílené oslovování problematických osob skrze internetové providery) napříč evropskými zeměmi.

V tabulce č. 7 naleznete popis a možnosti oblastí různých úrovní prevence zpracované v recentním reportu Joint Research Centre [Classification criteria for child sexual abuse and exploitation prevention programmes](#) včetně příkladů dobré zahraniční praxe, na němž se konzultačně podíleli K. Klapilová a A. Marečková z projektu Parafilik.

**Tabulka 23. Definice čtyř typů prevence v různých doménách systému s příklady zahraniční praxe.**

| Doména         | Definice dle jednotlivých stupňů                                |                                                                               |                                                                        |                                                                                                        |
|----------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                | Primární                                                        | Sekundární                                                                    | Terciární                                                              | Kvartérní                                                                                              |
| Veřejné zdraví | Preventivní opatření nemocí u jedinců, kteří se cítí v pořádku. | Aktivity odhalující nemoc v raném stádiu, ve kterém se lidé ještě cítí dobře. | Opatření ke snížení příznaků a komplikací onemocnění, které lidé mají. | Přijatá opatření na ochranu lidí před intervencemi, které pravděpodobně způsobí více škody než užítku. |

|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Trestně-<br/>právní<br/>systém</b>       | Preventivní opatření před kriminogenním a/nebo rizikovým chováním u lidí, kteří nejsou kriminogenní a/nebo riziková.                                                                                                                                                                                                                                                    | Chování v rané fázi u lidí, kteří nebyli odsouzeni za trestný čin.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Aktivity, léčba a/nebo intervence ke snižování kriminogenního a/nebo rizikového chování u odsouzených jedinců.                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Přijatá opatření na ochranu jedinců, kteří spáchali trestný čin, před jednáním trestněprávního systému, které by mělo za následek kriminogenní a/nebo rizikové chování jedince v budoucnu.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Prevence<br/>sexuálního<br/>zneužití</b> | <p>Zvyšování povědomí veřejnosti o sexuálním zneužívání a vyvracení mýtů, které jsou s ním spojené.</p> <p>Což umožňuje jedinci i celé společnosti lépe identifikovat sexuální zneužívání, rizikové chování a nabízet lepší podporu jedincům, kteří jsou sexuálním zneužíváním zasaženi. Lepší vzdělávání vede ke zvýšenému povědomí a dalším proaktivnímu chování.</p> | <p>Poskytnutí populaci ve zvýšeném riziku možnost pochopit jejich potenciální rizika, spouštěče, a potenciální následky, které by to na ně mělo.</p> <p>Znamená to, že mohou vyhledat vhodnou podporu a jsou k vyhledání pomoci nabádáni. Jedinci a komunity lépe porozumí riziku a tudíž budou schopni lépe pomoci lidem, aby zvládli vlastní (potenciální) riziko.</p> | <p>Práce s odsouzenými jedinci za sexuálně motivovaný trestný čin – snaha, aby převzali zodpovědnost za své problematické chování, a přesto získali podporu a mohli se v budoucnosti integrovat zpět do společnosti.</p> <p>Tyto intervence se zasazují o to, aby jedinci vedli život bez trestných činů. Též se snaží těmto jedincům pomáhat se zvládnutím vlastního rizika (např. léčebné programy a intervence).</p> | <p>Lidem by umožnilo úspěšnou reintegraci do společnosti.</p> <p>Děje se tak prostřednictvím podpůrných integračních programů, které pomáhají těm, kteří sexuálně zneužili. Pomáhají jim s reintegrací.</p> <p>- Kvartérní prevence se snaží ochránit jedince před potížemi souvisejícími s přílišnou medikací.</p> <p>- Z trestněprávního hlediska se pojí s přílišnou kriminalizací.</p> <p>- Přílišná kriminalizace nebo přehnané trestání může způsobit potíže, které povedou ke snižování šance k reintegraci, rehabilitace a udržení tohoto stavu.</p> |

## Prevence sexuálního zneužití

### Příklady ze zahraničí

Vzdělávací kampaně pro veřejnost, „bystander“ intervence, [ECSA](#), atd.

Preventivní projekt Dunkelfeld, StopSO, Safer Living Foundation, Lucy Faithful Foundation, Help Wanted!, Stop It Now!, The Global Prevention Project, atd.

Léčebné programy a intervence pro jedince, kteří se dopustili sexuálně motivovaného trestného činu – Kaizen, Horizon, atd.

- Z trestněprávního hlediska to znamená efektivní zhodnocení rizika, které snižuje pravděpodobnost druhové recidivy, a současně ochraňuje veřejnost.

Je důležité uvést, že lidé, kteří spáchali sexuálně motivovaný trestný čin, jsou často předmětem velice represivních trestů a trpí přílišnou kriminalizací. Více než jedinci, kteří spáchali jakýkoliv jiný trestný čin.

Circles of Support and Accountability (COSA), Multi Agency work (MAPPA)

Zdroj: Di Gioia et al., 2022.

### 2.3.1. Strategie prevence sexuální delikvence v České republice

Sexuální násilí a delikvence je celosvětovým problémem, které má vážné celospolečenské dopady nejen na straně obětí. Většina evropských států má systém prevence nastaven pro boj proti sexuální delikvenci až ve chvíli, kdy nastane – řeší se restriktivní opatření pro pachatele této delikvence a je snaha o zmírnění dopadu následků na straně obětí. V posledních letech vzrůstá počet iniciativ, které se snaží nastavit systém intervencí tak, aby bylo možno sexuální delikvenci předcházet. Již zpráva WHO z roku 2013 upozorňuje na důležitost preventivního řešení sexuální delikvence skrze pochopení příčin a následků takového chování a zdůrazňuje nutnost předcházet tomuto fenoménu skrze rozvoj preventivních programů, politické intervence a advokacie v politických, ekonomických a sociálních institucích (WHO, 2013).



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

**NU<sup>D</sup>Z**  
NÁRODNÍ ÚSTAV  
DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ





V České republice je prevence sexuální delikvence organizována na třech úrovních: republiková (vláda ČR, ministerstva a další státní instituce), krajská a lokální (samosprávy měst a obcí).

Na republikové úrovni je problematika sexuální delikvence řešena následujícími poradními a pracovními orgány:

(1) [Výbor pro prevenci domácího násilí a násilí na ženách](#) sdružuje odbornice a odborníky na problematiku domácího a genderově podmíněného násilí z veřejné správy, nestátních neziskových organizací a poskytovatelů sociálních služeb, akademické sféry, policejních složek a justice. V jejich gesci vznikl [Akční plán prevence domácího a genderově podmíněného násilí \(2019-2022\)](#), jehož účelem je implementovat a koordinovat komplexní systém opatření na úrovni vlády ČR pro oblast prevence a potírání domácího a genderově podmíněného násilí a tím přispět ke snížení výskytu těchto forem násilí v české společnosti a pomoci osobám ohroženým násilím i osobám dopouštějícím se násilí.

(2) [Výbor pro práva dítěte](#), který stojí za [Národní strategií prevence násilí na dětech v ČR](#). Jeho hlavní prioritou je podpora primární prevence v širokém kontextu a budovat vzdělávací kapacity profesionálů pracujících s ohroženými dětmi.

(3) [Republikový výbor pro prevenci kriminality](#), který stojí za [Strategií prevence kriminality pro stanovené období \(2022-2027\)](#) a budou se podílet na komentářích k návrhu pro regulaci prevence a boji s pohlavním zneužíváním dětí v rámci českého předsednictví EU (více informací k navrhované regulaci naleznete [zde](#)).

Jednotlivá ministerstva a jimi podřízené státní organizace v návaznosti na vládní strategie vytvářejí vlastní resortní strategie a zajišťují jejich realizaci, případně disponují dotačními programy na podporu aktivit prevence sexuálního násilí.

Policie ČR se zaměřuje významně na primární prevenci, a dále rovněž na prevenci sociální, situační, sekundární prevenci, prevenci viktimizace a systém pomoci obětem trestné činnosti. Zároveň se zapojuje do mezinárodních projektů, např. celoevropské kampaně [#SayNo!](#), cílené na problematiku zneužívání dětí online; celorepublikového preventivního projektu [Tvoje cesta online](#) cíleného na digitální nebezpečí, [E-bezpečí](#), národního projektu zaměřeného na prevenci rizikového chování na internetu, [Neodkládej to!](#), který má za cíl seznámit veřejnost s formami domácího násilí.

Ministerstvo vnitra zajišťuje fungování evropských krizových linek, kam se mohou obracet i oběti sexuálního násilí. Spadá sem linka 116 006, která pomáhá obětem kriminality a domácího násilí, linka 116 000, která pomáhá ohroženým dětem, a linka 116 123, kam se mohou obracet např. oběti znásilnění, domácího násilí, apod. Dále skrze dotační programy podporuje konkrétní programy a projekty prevence kriminality. Na podporu práce s oběti trestných činů zejména se zaměřením na prevenci a eliminaci domácího násilí s důrazem na práci s násilnými osobami realizuje dotační titul Prevence sociálně patologický jevů, který je určen pro neziskové organizace.

Ministerstvo spravedlnosti (MS) a jeho podřízené organizace (Vězeňské služby ČR a Probační a mediační služby ČR) stojí zejména za resocializací pachatelů a intervencemi pro snížení recidivy (více kapitola 1.5.3. Možnosti intervencí sexuální delikvence na straně pachatele). Obě organizace jsou v současnosti rovněž součástí projektu [Restorativní justice](#), která se skrze mediaci oběti a pachatele snaží vyřešit nepříznivé následky trestného činu. V rámci dotačních





programů MS podporuje také programy rozvíjející služby pro oběti trestných činů a programy pro práci s rodinami odsouzených k výkonu trestu a po jejich propuštění. Právě rodina je totiž důležitým protektivním faktorem při delikventním chování.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) se zaměřuje zejména na podporu programů primární prevence všech typů rizikového chování dětí a mládeže. Oblast parafilii je postihnuta zejména v oblasti prevence rizikového sexuálního chování.

Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) působí zejména v oblasti ochrany práv dětí. Dotační programy podporují služby pro rodiny, které mají preventivní a podpůrný charakter.

Ministerstvo zdravotnictví (MZ) v rámci dotačního programu prevence kriminality podporuje projekty s konkrétním dopadem na zdraví a zdravý životní styl. V roce 2019 byla vyhlášena priorita „Děti a digitální média“, která se zaměřuje na kyberšikanu u dětí a mladistvých.

Vedle veřejných subjektů uvedených výše mají svoji roli v prevenci sexuální delikvence i neziskové organizace. Ty vystupují zejména v roli realizátorů preventivních projektů a poskytovatelů služeb pomoci obětem trestné činnosti či při práci s pachateli. K tomu využívají nejen svých zdrojů, ale často také zdrojů veřejných, např. formou dotací. Příklady některých neziskových organizací nabízejících terapeutické programy zaměřené na práci s agresí a násilím jsou popsány v kapitole *Parafilii v neziskových organizacích*.

Oblasti prevence sexuální delikvence se okrajově dotýká i [Rada vlády pro duševní zdraví](#), která koordinuje politiku duševního zdraví mezi ministerstvy, správními úřady, nestátními organizacemi a odbornými společnostmi, a dále předkládá doporučení k materiálům předloženým Vládě ČR. Tato rada vlády stojí [za Reformou psychiatrické péče v ČR](#). V jejích gesci také vznikl [Národní akční plán duševního zdraví 2020-2030](#), jenž stanovuje konkrétní postupy při naplňování částí Strategie reformy psychiatrické péče a je v souladu s doporučeními mezinárodních úmluv (např. Světové zdravotnické organizace, WHO, 2009). Oblast prevence sexuální delikvence je součástí Strategického specifického cíle 5.1. Systémově (mezirezortně) vyřešit problematiku ochranného léčení, která si klade za cíl realizovat efektivní systém péče pro pacienty/klienty s potřebou ochranné léčby jak v ústavní léčbě (OLÚ), tak i ambulantní (OLA) a komunitní péči skrze tzv. Forenzní multidisciplinární týmy (FMT). FMT je specifickým článkem doplňující ambulantně-ústavní ochrannou léčbu pro zajištění bezpečného a efektivního přechodu z jednoho typu péče do druhého. Před propuštěním z OLÚ bude u každého pacienta hodnocena míra rizikovosti s použitím ověřených nástrojů (viz kapitola Risk assessment: určení rizikovosti pro spáchání sexuálního deliktu). Pacienti s nižší úrovní rizika budou předáni do péče ošetřujícího lékaře v OLA, pacienti s vyšší úrovní rizika budou v péči FMT. FMT bude také působit jako koordinátor péče dalších relevantních subjektů. Cílem je snížit riziko recidivy (nejen) u pachatelů sexuální delikvence s poruchou parafilní preference. Druhým cílem je nastavit spolupráci zdravotních složek mezi sebou a s dalšími zapojenými rezorty (zdravotní zařízení, Probační a mediační služba, úřady práce, sociální zařízení, soudy, policie). Provoz FMT je zatím pilotován v rámci PN Bohnice a PN Dobřany a aktuálně se řeší otázka udržitelnosti jejich služeb do budoucna.



**Tabulka 24. Základní zodpovědnost jednotlivých rezortů ve vztahu k problematice sexuálního násilí.**

| Rezort                                       | Zodpovědnost                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ministerstvo zdravotnictví                   | Vzdělávání zdravotnických pracovníků<br>Zdravotní legislativa<br>Participace na řízení financování zdravotních služeb<br>Zřizování a řízení lůžkových zařízení zdravotní péče |
| Ministerstvo práce a sociálních věcí         | Sociálně-právní ochrana dětí<br>Sociální služby                                                                                                                               |
| Ministerstvo spravedlnosti                   | Detence, ochranné léčby<br>Edukace soudců, státních zástupců, atd.                                                                                                            |
| Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy | Kurikula fakult VŠ<br>Výkon ústavní výchovy ve školských zařízeních<br>Destigmatizační/preventivní aktivity na školách                                                        |
| Ministerstvo vnitra                          | Vzdělávání policie                                                                                                                                                            |
| Kraje, obce, města                           | Zřizování zdravotnických zařízení a sociálních služeb<br>Disponování rozpočtem pro neziskové organizace                                                                       |
| Zdravotní pojišťovny                         | Financování zdravotní péče<br>Zodpovědnost za dostupnost péče                                                                                                                 |

### 2.3.2. Ekonomický dopad sexuální delikvence

Důležitost prevence sexuální delikvence má kromě morálního rozměru rovněž významný ekonomický podklad. V rámci sekundární a terciární prevence vynakládá společnost velké náklady na péči o oběti sexuálního násilí, které zahrnují jak následky, které si s sebou oběť celý život nese. A také značné ekonomické náklady zneužívání. Ve světě jsou odhadované roční náklady sexuálního zneužívání dětí následovné: v USA 124 miliard USD (Fang et al., 2012), v Austrálii 3,9 miliard AUD (Taylor et al., 2008), a ve Velké Británii 3,2 miliard liber (Saied-Tessier, 2014). Odhad nákladů spojených s jednou dospělou ženskou obětí v USA za rok 2015 činí 282,734 dolarů (Letourneau et al., 2018). Náklady spojené s gender-based násilím se pokusila vyčíslit studie EU (Walby & Olive, 2014), která exportovala náklady jednotlivých členských zemí EU podle dostupnosti služeb a dalších ekonomických ukazatelů. Roční náklady na ženskou oběť v ČR byly vyčísleny na 4 701 951 720 EUR (Walby & Olive, 2014). Ekonomické dopady sexuálního násilí v ČR nebyly doposud vyčísleny.

V roce 2017 bylo provedeno vyčíslení ekonomických dopadů domácího násilí v ČR za rok 2012 (viz Tabulka 25, Všeňáková et al., 2017). Odhad ekonomických dopadů byl vyčíslen na téměř 14,5 miliardy Kč. Celkové náklady nezahrnují výdaje samotných obětí domácího násilí a jejich psychickou újmu, z toho důvodu jsou ekonomické dopady domácího násilí podhodnoceny.



**Tabulka 25. Ekonomické dopady domácího násilí v roce 2012.**

|                                                  | Výše nákladů v milionech Kč |
|--------------------------------------------------|-----------------------------|
| Policie                                          | 14                          |
| Státní zastupitelství                            | 12                          |
| Znalecké posudky                                 | 7                           |
| Soudy – Trestní řízení                           | 10                          |
| Soudy – Občanskoprávní řízení                    | 41                          |
| Přestupkové řízení                               | 2                           |
| Zdravotnictví – fyzické důsledky                 | 4814                        |
| Zdravotnictví – psychické důsledky               | 250                         |
| Sociální služby                                  | 487                         |
| Ztráta v souvislosti s ekonomickou (ne)aktivitou | 8561                        |
| Náklady na výplatu nemocenských dávek            | 216                         |
| Náklady na výplatu dávek v nezaměstnanosti       | 52                          |
| <b>Celkové náklady</b>                           | <b>14467</b>                |

Zdroj: Všetíčková et al. (2017)

Další významné náklady vznikají na straně pachatele, spojených s jeho uvězněním či ochrannou léčbou. Tyto údaje ale nebyly nikde vyčísleny.

Vysoké náklady spojené se sekundární a terciární péčí naznačují, že primární intervence by vedla k výrazným úsporám (Aos et al., 2001). Preventivní programy by měly být schopné identifikovat a adresovat potenciální dynamické rizikové faktory ještě před spácháním sexuálně motivovaného trestného činu. Terciární péče, která je spíše reakční strategií, není dostatečnou reakcí na problém tak komplexní jako sexuální násilí.

## 2.4. Kdo jsou pachatelé sexuální delikvence?

Do potenciální rizikové skupiny, u níž je zvýšená pravděpodobnost, že se stanou pachatelem sexuální delikvence a kterou je možné dopředu vytipovat, patří:

- ▶ Nezkušení adolescenti
- ▶ Mentálně hendikepovaní
- ▶ Sexuálně frustrovaní dospělí
- ▶ Lidé jednající pod vlivem omamné látky
- ▶ Lidé s duševním onemocněním (např. porucha osobnosti)
- ▶ Lidé s traumatizující rodinnou konstelací
- ▶ Parafilní preference

Zdroj: Blatníková, Faridová & Zeman, 2014

U některých z výše zmíněných rizikových skupin může jejich potenciální riziko zcela vymizet (např. vyléčením abúzu či lidé s již probíhající léčbou). U jiných skupin však rizika vymizet nemohou. Zejména přítomnost parafilní preference patří ke stabilním rizikovým faktorům recidivy sexuální delikvence (Man et al., 2010), její přítomnost je celoživotní a trvalá. Pomocí terapie lze modifikovat její vnější projevy (např. sexuální chování), ale nelze ji změnit (např. Beier et al., 2015). Jedinci si svoji sexuální preferenci začínají uvědomovat již od dospívání. Výzkumy ukazují, že jedinci s parafilní preferencí zažívají stres, úzkosti a deprese spojené s vyrovnáním se svojí vlastní sexualitou (např. Beier et al., 2015). Z tohoto důvodu se jeví jako pravděpodobnější, že vyhledají odbornou pomoc dříve než jiné rizikové skupiny potenciálních pachatelů sexuálních deliktů. Zároveň zahraniční výzkumy ukazují, že sexuální delikventi s parafilními preferencí bojují se svými sexuálními myšlenkami v průměru 5 – 10 let před tím, než spáchají první delikt (Piche et al., 2018). Z výše uvedených důvodů jsou lidé s parafilní preferencí nejlépe dopředu vytipovanou skupinou pro primární prevenci.

## 2.5. Sexuální delikvence versus parafilie

Je však třeba si uvědomit, že jedinec nemusí pod vlivem své preference jednat. Z tohoto důvodu je nutné striktně rozlišovat mezi sexuální preferencí a sexuálním chováním. Přítomnost parafilní preference automaticky neznamená, že jedinec bude své fantazie reálně praktikovat. A naopak člověk páchající sexuální delikty nemusí mít parafilní preference. Parafilní preference a sexuálně delikventní chování se často objevují nezávisle na sobě a je důležité je od sebe oddělovat. Ztotožňování parafilní preference se sexuální delikvencí je mýtus, který je problematický nejen pro diagnostickou praxi (tj. pachatelé sexuální delikvence automaticky dostávají nálepkou parafilika), ale zejména pro zvyšování stigmatizace vůči jedincům s parafilní preferencí ve společnosti. Na základě zahraničních výzkumů víme, že ztotožňování parafilii s trestnými činy zneužívání dětí vede k vysoké hostilitě a stigmatizaci vůči lidem s pedofilní preferencí (např. Harper & Hogue, 2015). Tento fakt potvrzuje německá studie, kde 48,6% respondentů uvedlo, že lidé s pedofilní preferencí, kteří nespáchali žádný sexuální delikt, by měli být radši ve vězení a 26,7% uvedlo, že by měli být radši mrtví (Jahnke, Imhoff & Hoyer, 2015). Vysoká stigmatizace vůči lidem s parafilní preferencí je tak jednou z největších bariér ve vyhledávání odborné péče (např. Levenson, Willis & Vicencio, 2017; více viz kapitola *Parafilik a bariéry pro vyhledání odborné pomoci*).

### 2.5.1. Prevalence sexuální delikvence u parafiliků

Získat přesná data pro zodpovězení dvou základních otázek – jaké procento parafiliků je delikventních (nebo se dopouští problematického sexuálního chování) a kolik procent sexuálních delikventů je parafilních je (a to nejen v kontextu ČR) výzkumnou výzvou. V první otázce narážíme na omezení ve smyslu nedostupnosti celého základního souboru parafiliků v populaci a nemožnosti zjištění prevalence všech existujících sexuálních deliktů. Máme k dispozici pouze údaje o odhalené kriminalitě a u osob páchajících latentní kriminalitu musíme vždy spoléhat pouze na dobrovolnost výpovědi, která je samozřejmě velmi nízká a nedůvěryhodná. V otázce druhé poté narážíme zde na limity dostupných statistik mravnostní kriminalistiky v ČR stejně jako omezené možnosti systému provést specializovanou diagnostiku u všech sexuálních delikventů. V rámci této rešerše jsme se však pokusili tyto otázky alespoň přibližně zodpovědět, byť jsme si vědomi metodologických limitů.

V rámci třídění statistik a analýz dat o prevalenci mravnostních trestných činů jsme zjistili, že získat spolehlivé údaje o tom, kolik pachatelů sexuálně motivované trestné činnosti je parafilních ve smyslu diagnostikované poruchy sexuální preference v ČR, není možné. Policejní statistiky

sledují věk (nezletilý/zletilý), pohlaví (podle občanského průkazu) a recidivu pachatele, ale nesledují další proměnné jako náboženské vyznání, sexuální orientaci, či psychiatrické onemocnění (kam spadají i parafilie). Údaje o poměru pachatelů s parafilii lze nalézt pouze ve specifických analýzách (např. reporty Institutu pro kriminologii a sociální prevenci), případně je lze odvodit z uložených ochranných léčeb sexuologických/zabezpečovací detence. Do justiční databáze se však dostane pouze část případů uložení ochranného léčení či zabezpečovací detence, a to především ty, v nichž bylo takové opatření uloženo v rámci hlavního líčení. Ochranná léčení a zabezpečovací detence bývají často ukládána i v procesních situacích, kdy se statistické listy trestní nevyplňují, tudíž nejsou evidované v přehledech statistických listů (Blatníková & Zeman, 2019). Z tohoto důvodu nejsou tyto statistiky komplexní.

Institut pro kriminologii a sociální prevenci realizoval kriminologický [výzkum](#) zkoumající násilnou sexuální kriminalitu v ČR. Celkem bylo analyzováno 584 pachatelů, kteří spáchali 796 sexuálních násilných deliktů (převážně znásilnění). Z výzkumu se ukázalo, že diagnóza parafilie se vyskytovala u přibližně 20% pachatelů sexuálních deliktů, přičemž u poloviny z nich byla zjištěna komorbidita parafilie a poruchy osobnosti (Blatníková, Faridová, & Zeman, 2015). V analýze [„Jen ano je ano“](#) (Ježková, 2017) společnosti proFEM bylo analyzováno 55 pravomocných rozsudků týkajících se trestného činu znásilnění za rok 2016. U čtyř pachatelů (ze 49) byla potvrzena diagnóza parafilie.

Zásadním problémem všech statistik kriminalit zůstává předpokládaná vysoká latentní sexuální delikvence. Oběti trestný čin často tají, protože mají strach z následků, z reakcí okolí, studu a hanby. Také mají často nedůvěru v instituce a mají pocit, že nahlášení pachatele nepřinese žádný výsledek (Válková & Kuchta, 2012).

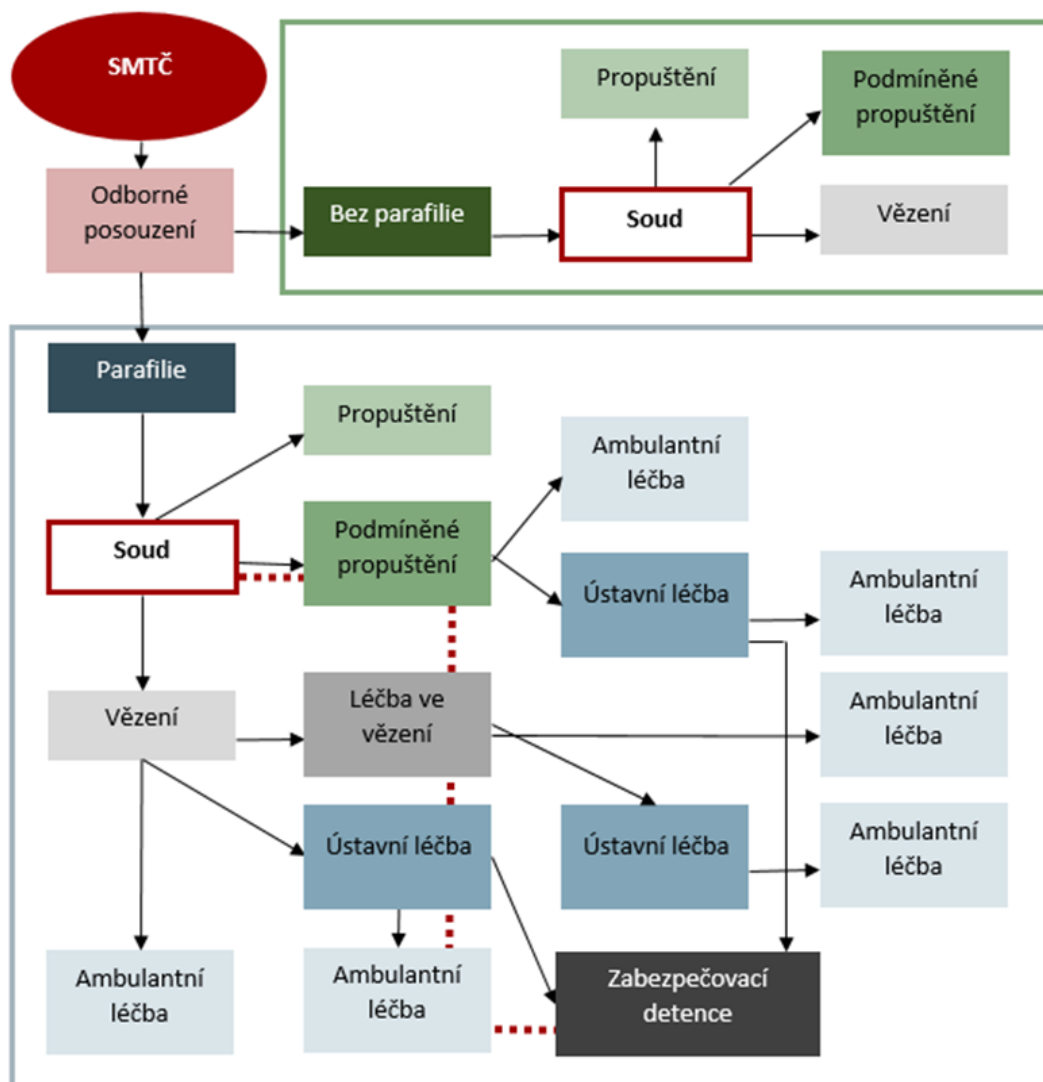
Latentní kriminalitu u lidí s parafilní preferencí navíc nepřímě potvrzuje i námi provedený průzkum mezi vybranými zájmovými skupinami (V2). Výsledky ukazují, že poměrně velká část z nich se dopustila trestného činu (87% čerpalo ve svých sexuálních představách převážně z reálných pornografických materiálů s parafilním obsahem, někteří uvedli i reálnou zkušenost). Někteří také měli vysoké skóre v měřeních, které poukazují na zvýšené riziko kontaktní sexuální delikvence.

## 2.5.2. Pachatelé sexuální delikvence v systému s ohledem na přítomnost parafilie

V České republice je praxe v rozlišování parafilních a neparafilních pachatelů sexuální delikvence poměrně dobře podchycena (viz Graf 9). Při spáchání sexuálního deliktu je během soudního řízení vystaven nezávislý forenzní posudek, jehož cílem je mimo jiné zhodnotit, zda pachatel tento delikt spáchal pod vlivem parafilie. Obsah znaleckého posudku slouží soudu především k úvaze o vině a následně i k úvaze o uložení trestu, ochranného opatření či obojího. V závislosti na trestu a typu sexuálního deliktu podstupuje standardizované programy pro pachatele násilné trestné činnosti (viz níže). Pokud u daného pachatele je shledána přítomnost parafilní preference, soud ukládá nařízenou léčbu a to ve formě ochranného léčení, nebo zabezpečovací detence (více viz kapitoly *Ochranné léčení sexuologické* a *Zabezpečovací detence*). Terapeutická intervence u sexuálních delikventů s parafilní preferencí se řídí [Doporučenými postupy v terapii parafilních sexuálních delikventů](#) (Zvěřina & Weiss, 2012). Možnosti terapeutických intervencí u jedinců s parafilní preferencí, kteří dosud žádný sexuální delikt nespáchali, nebo nebyli systémem dosud detekováni, jsou však z mnoha důvodů výrazně omezené.



**Graf 9. Proces s pachateli sexuální delikvence.**



### 2.5.3. Možnosti intervencí sexuální delikvence na straně pachatele

V České republice jsou v rámci Vězeňské služby realizovány standardizované programy s odsouzenými pachateli trestné činnosti obsahující prvky poradenství a psychoterapie. Jejich cílem je snižovat nebezpečnost a pravděpodobnost recidivy u odsouzených a více přispívat k ochraně společnosti. S cílovou skupinou pachatelů sexuální delikvence bez diagnózy parafilní preference pracují tyto standardizované programy:

#### GREPP – intenzivní reedukační program pro pachatele sexuálního násilí na dětech

(z angl. Reedukační psychologický program zaměřený na práci s vinou) je intenzivní vzdělávací program pro práci s pachateli, kteří byli odsouzeni za trestné činy násilí na dětech (např. vražda, znásilnění, pohlavní zneužití, výroba a jiné nakládání s dětskou pornografií, týrání svěřené osoby,

aj.). Pro indikovanou skupinu odsouzených je tento program povinný a probíhá 2x ročně pro odsouzené do věznice s dozorem (Věznice Nové Sedlo) a 2x ročně pro odsouzené do věznice s ostrahou (Věznice Heřmanice), vždy skupinově pro 12 odsouzených v jednom běhu a to od roku 2007.

Cílem programu není terapeutická změna osobnosti, ale poznání a uvědomění si konkrétního důsledku trestné činnosti. Program GREPP byl vytvořen odbornými pracovníky VS ČR a Akademie vzdělávání VS ČR a je realizován odbornými zaměstnanci oddělení výkonu trestu, tj. psychologem, vychovatelem – terapeutem, speciálním pedagogem, vychovatelem a dozorcem. Program je realizován v šesti týdnech, přičemž jeden týden je věnován na příjezd/adaptaci a odjezd, zbývajících pět týdnů je věnováno samotnému obsahu programu, který je založen na kognitivně-behaviorálním přístupu. Program se skládá z individuálních pohovorů, skupinových setkání a edukativní části. Individuální pohovory slouží ke vstupnímu a závěrečnému hodnocení odsouzeného. Skupinová setkání využívají techniku tzv. Horkého křesla, kdy odsouzený odpovídá na dotazy ostatních týkajících se jeho trestného činu. Smyslem je dát odsouzenému zpětnou vazbu a převzít zodpovědnost za svoje chování. Další technikou skupinového setkání je psaní fiktivního dopisu oběti/obětem a jejich následné čtení před ostatními. Edukativní část pracuje kognitivní a emoční složkou odsouzených. V rámci výkladu a demonstrace na kazuistikách se pokrývají témata agrese, sexuálně motivovaného násilí, úskalí v jednotlivých vývojových etapách, syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (syndrom CAN), komerční sexuální zneužívání, viktimologické následky zneužití, prevence kriminality, aj.). Výstupem programu je stanovení prognózy a doporučení k další práci.

V letech 2007 – 2020 absolvovalo program GREPP ve Věznici Heřmanice 255 pachatelů. K roku 2019 bylo z výkonu trestu propuštěno 153 odsouzených, z nichž 23 recidivovalo a 8 z nich recidivovalo za sexuálně motivovanou trestnou činnost. Komplexní evaluace programu GREPP bude k dispozici na podzim 2022 v rámci souhrnného projektu ROOT (ústní sdělení, V. Jiříčka).

### **GREPP II. – dlouhodobý terapeutický program pro pachatele sexuálního násilí na dětech**

Byl koncipován jako dlouhodobý (10 měsíců) terapeutický program navazující na program GREPP. Jeho cílem bylo snížení rizika recidivy u odsouzených po propuštění. Struktura a terapeutický obsah GREPP byl vytvořen ve spolupráci s pracovníky sexuologického oddělení PN Bohnice a byl realizován pracovníky programu GREPP ve Věznici Heřmanice. Z důvodu nízkého zájmu ze strany pachatelů sexuálního násilí na dětech (program byl dobrovolný) a zejména z organizačních důvodů (nedostatečná kapacita pro dlouhé umístění pachatelů ve Věznici Heřmanice a chybějícího vzdělávání pro odborný tým) tento program proběhl pouze jedenkrát v letech 2011 – 2012 a absolvovalo ho 6 odsouzených (ústní sdělení, V. Jiříčka).

## **2.5. Sexuální delikvence versus parafilie**

- ▶ Dostupné statistiky sexuální delikvence ukazují její nárůst, zejména v oblasti kyberkriminality a kriminality mládeže. Přestože uvedená data kvůli značné latenci nereflexují reálný stav. Odhady skutečné sexuální delikvence tak můžeme odvozovat pouze z viktimologických dat.
- ▶ Prevence sexuální delikvence není přímo v gesci jediného orgánu státní správy. Rozptýlení postupů a kompetencí mezi jednotlivé resorty způsobuje, že prevence sexuální delikvence, intervenční služby a programy jsou výrazně roztržštěné (viz Tabulka 8). Problémem je i nepropojení spolupráce napříč těmito resorty,



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

**NU<sup>D</sup>Z**  
NÁRODNÍ ÚSTAV  
DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ





nedostatečné sdílení dat/nepropojení systémů a nejasná či chybějící evaluační strategie jednotlivých postupů a intervencí (např. chybějící srovnávací skupiny). Nově vznikající služby na poli prevence (např. forenzní multidisciplinární týmy) jsou v pilotním režimu a jejich udržitelnost do budoucna je nejistá.

- ▶ V ČR existuje poměrně dobře systémově rozvinutá primární prevence směrem k potenciálním obětem sexuální delikvence, ale preventivní cílení na rizikové skupiny, u nichž je zvýšená pravděpodobnost, že se stanou pachateli sexuální delikvence, chybí.
- ▶ Většina primárně-preventivních strategií je v současnosti zaměřena na prevenci viktimizace a péči o oběti sexuální delikvence, péče o pachatele se objevuje až v oblasti restriktivních opatření. Péče o blízké osoby (obětí a pachatelů) se objevuje zejména v oblasti sociální sféry, je ale roztržštěná a nedostatečně inzerovaná.
- ▶ Péče o pachatele sexuální delikvence s parafilii a bez parafilie spadá do kompetence různých rezortů (MS x MZ). V rámci resortu spravedlnosti bylo pilotováno několik intervenčních programů zaměřených na snížení budoucí recidivy sexuální delikvence bez parafilie, které byly inspirovány příklady dobré praxe ze zahraničí, které zahrnují prvky poradenství a terapie. Programy však nejsou dosud masivně rozšířeny a nejsou k dispozici data o efektivitě intervencí. Programy zaměřené na resocializaci pachatelů sexuální delikvence do společnosti jsou roztržštěné. Žádná ze současných strategií prevence sexuální delikvence se přímo nezaměřuje na včasnou prevenci na straně potenciálních pachatelů (např. osoby ve zvýšeném riziku páčání sexuální delikvence z řad parafiliků). Údaje o ekonomických dopadech sexuální delikvence ze zahraničí přitom naznačují, že primární prevence by vedla k výrazným úsporám.
- ▶ V ČR však nejsou dostupné ani základní informace o systémových nákladech sexuální delikvence. Z tohoto důvodu projekt Parafilik aktuálně vypracovává systémové náklady sexuální delikvence v ČR pro dospělé i nezletilé oběti.
- ▶ V případě zvyšující se kriminality mládeže doporučujeme zavedení nabídky preventivních intervencí pro osoby v období puberty a adolescence a to zejména pro jedince vykazující problematické sexuální chování. Tato odborná péče by měla zahrnovat vhodnou metodiku zahrnutou do obecné sexuální edukace pro školy a k posílení edukace pracovníků ve školství (pedagogů, školních psychologů) pro praktickou práci s cílovými osobami „nezletilá osoba s problematickým sexuálním chováním“. Vhodné by bylo rovněž posílit odborné kompetence vychovatelů, kteří by mohli včas rozpoznat problematické sexuální chování u rizikové mládeže ve výchovných ústavech. Vzdělávání pedagogů a školních psychologů pro praktickou práci s cílovými osobami „nezletilá osoba s problematickým sexuálním chováním“. Tuto metodiku by bylo vhodné vytvořit v rámci resortu MŠMT.
- ▶ V případě zvyšující se prevalence sexuální delikvence v online prostoru doporučujeme zejména osvětovou kampaň na toto téma s nabídkou odborné pomoci (možná inspirace zahraničními programy zaměřenými na problematiku online sexuální delikvence, např. StopItNow! UK) a vývoj, implementaci a testování nízkoprahových on-line intervencí (self-assessmentové a self-managementové platformy, případně částečně asistované chatové/on-line intervence) a automatizované cílení nabídky péče pro osoby s problematickým sexuálním chováním na internetu, které se nemusí z velké části krýt s cílovou skupinou projektu PARAFILIK (např. skrze čelní poskytovatele internetových služeb v clearwebu jako Google či Facebook; skrze automatizované vyhledávání problematického chování v rámci darkwebu či v chatových konverzacích na sociálních sítích určených pro seznamování).





### 3. INTEGRACE INTERVENČÍ PROJEKTU PARAFILIK DO SOUČASNÉHO SYSTÉMU PREVENCE A MOŽNOSTI UDRŽITELNOSTI

V rámci projektu Parafilik byly (od r. 2019 – dosud) spuštěny intervenční možnosti pro CS parafilici a osoby jim blízké, které zasahují do více oblastí prevence. Některé navržené možnosti tak přesahují původně navržený rámec projektu, který se soustředil zejména na oblast primární prevence a kontaktní specializované poradenské a terapeutické služby s možností realizace zejména ve sféře zdravotnictví. V aktuální formě služby projektu Parafilik postihují oblast primární, sekundární i terciární prevence pro (potenciální) pachatele sexuální delikvence s parafilní preferencí (viz Tabulka 26). Jednotlivé intervenční módy byly inspirovány příklady dobré praxe ze zahraničí (např. krizová linka a poradenství, a jejich implementace probíhala v reakci na aktuální potřeby projektu (podle evaluačních doporučení) a v reakci na situaci klientů či společnosti (např. restriktivní opatření související s pandemií COVID, válka na Ukrajině). Jejich současná implementace je spíše pilotním testováním v českém prostředí, evaluační možnosti jsou v rámci projektu omezené (hlavní důraz zůstává na evaluaci dlouhodobé terapeutické intervence a doplňkově krizové linky).

Níže rozebíráme možnosti udržitelnosti jednotlivých služeb v kontextu různých možností financování.



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

**NU<sup>D</sup>Z**  
NÁRODNÍ ÚSTAV  
DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ



**Tabulka 26. Přehled nabídky služeb péče pro oběti a pachatele sexuální delikvence v ČR a možnosti implementace intervencí v rámci projektu Parafilik.**

| TYP INTERVENCE               | PRIMÁRNÍ PREVENCE           | SEKUNDÁRNÍ PREVENCE         | TERCIÁRNÍ PREVENCE               |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| <b>PACHATELÉ</b>             |                             |                             | Ochranné léčby                   |
|                              | Ambulantní péče             |                             | Zabezpečovací detence            |
|                              | Sebe-podpůrné komunity      | Vazby/Vězení                | Probační a mediační služba       |
|                              | Neziskové organizace        | Ochranné léčby              | Vězeňská služba                  |
|                              | Organizace pečující o oběti | Zabezpečovací detence       | Neziskové organizace             |
|                              |                             |                             | Multidisciplinární forenzní týmy |
|                              | <b>PROJEKT PARAFILIK</b>    |                             |                                  |
| <b>OBĚTI</b>                 |                             |                             | Organizace pečující o oběti      |
|                              | Organizace pečující o oběti | Organizace pečující o oběti | Probační a mediační služba       |
|                              |                             | Krizové linky/centra        |                                  |
|                              |                             |                             | Ambulantní péče                  |
| <b>RODINA A BLÍZKÉ OSOBY</b> |                             |                             | Ambulantní péče                  |
|                              | Ambulantní péče             | Krizové linky/centra        | Probační a mediační služba       |
|                              | <b>PROJEKT PARAFILIK</b>    |                             |                                  |

**Legenda:** Služby jsou zaznačené barevně podle rezortu, do kterého spadají. Modrá barva značí Ministerstvo zdravotnictví, oranžová barva rezort Ministerstva práce a sociálních věcí, zelená barva rezort Ministerstva spravedlnosti, černá barva mimo systém ČR.

### 3.1. Integrace intervencí projektu Parafilik do systému zdravotní péče a udržitelnost poradensko-terapeutických služeb

Jedním z cílů poskytované dlouhodobé terapeutické péče o jedince s parafilní preferencí a jejich blízké je vytvoření udržitelné formy v rámci zdravotní péče. Naším cílem je vytvoření Centrální sexuologické ambulance s regionální sítí pracovišť dle platných úhradových kódů ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění. Centrální sexuologická ambulance by měla být zřízena v již fungujícím zdravotnickém zařízení, jehož činnost je řízena právními předpisy, zejména zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

Personální kritéria pro zajištění sexuologické a terapeutické zdravotnické péče jsou:

- ▶ **Sexuolog**
  - kritéria vzdělávání viz podkapitola 2.7.1.1. Profesní příprava sexuologů
  - splňuje požadavky dle § 5 zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon č. 95/2004 Sb.) a dle vyhlášky č. 152/2018, o nastavbových oborech vzdělávání lékařů a zubních lékařů
- ▶ **Psycholog ve zdravotnictví se specializovanou způsobilostí**
  - kritéria vzdělávání viz podkapitola 2.7.1.2. Profesní příprava psychologů
  - splňuje požadavky dle § 22 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon č. 96/2004 Sb.) a současně splňuje vzdělání podle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, ve znění pozdějších předpisů (dále jen Nařízení vlády č. 31/2010 Sb.).

Celkový úvazek obou pracovníků lze v případě odborného dohledu rozdělit s lékařem v atestační přípravě v oboru Sexuologie a psychologem ve zdravotnictví, který zahájil specializační vzdělávání v oboru klinická psychologie či alespoň splňuje kvalifikaci psychologa ve zdravotnictví dle § 22 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních“).

S touto formou udržitelnosti jako zdravotní služby se však pojí některé limitace:

- ▶ Zdravotní pojištění aktuálně neumožňuje nabídku anonymní péče, anonymní péče by byla možná pouze v režimu samoplátce.
- ▶ Zdravotní pojištění aktuálně nepokrývá poradensko-terapeutickou péči pro blízké osoby.
- ▶ Zdravotní pojištění nepokrývá náklady spojené s nabízenými nízkoprahovými formami péče projektu Parafilik, tj. krizová linka, online poradenství a další formy online intervencí.
- ▶ Zcela chybí pokrytí aktivních forem prevence.



## 3.2. Služby projektu Parafilik v systému zdravotně-sociální péče

S výše zmíněnými limitacemi udržitelnosti poradensko-terapeutických služeb projektu Parafilik se lze vypořádat v rámci zařízení propojujících zdravotní a sociální služby. Mezi tyto zařízení patří například FOKUS nebo Centra duševního zdraví.

### FOKUS

Fokus ČR je platforma sdružující jedenáct samostatně působících poboček neziskových organizací rámci sedmi krajů České republiky. Cílem je nabídka komplexní komunitní péče v neústavních podmínkách pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním. Jádrem jejich služeb je poskytování péče multidisciplinárním terénním týmem, která je postavena na kombinaci ambulantních, terénních, denních, krizových a sociálně-rehabilitačních služeb. Fokus ČR je zapsaný spolek, jednotlivé pobočky jsou registrovány samostatně jako poskytovatel sociálních služeb a řídí se zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, případně zdravotních služeb a řídí se právními předpisy, zejména zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. Služby FOKUS jsou podle typu registrovaného druhu služby hrazeny ze zdrojů zdravotního pojištění (případně grantů MZ ČR) a ze státního rozpočtu MPSV ČR (dotace pro sociální služby je přerozdělována do krajů a ti udělují výši dotace pro danou sociální službu). Některé služby pro klienty bývají bezplatné (např. sociální rehabilitace), jiné služby počítají s částečnými úhradami od klientů (např. chráněné bydlení). Součástí financování jednotlivých poboček FOKUS jsou i různé české a zahraniční grantové výzvy, nebo fundraising skrze nadační fondy a dary od firem či soukromých osob.

Personální obsazení zajišťující zdravotní služby obsahuje psychiatra, klinického psychologa, arteterapeuta, všeobecnou zdravotní sestru. Personální obsazení zajišťující sociální služby obsahuje sociálního pracovníka, pracovníka v sociálních službách, krizový intervenent.

Cílová skupina služeb FOKUS se taktéž liší v rámci jednotlivých poboček, nejčastěji se však jedná o dospělé jedince s duševním onemocněním.

Nabídka služeb FOKUS ČR, do nichž by bylo možno implementovat některé služby projektu Parafilik:

- ▶ Krizová služba zahrnující terénní, telefonickou a chatovou bezplatnou a anonymní krizovou pomoc pro dospělé jedince (od 16 let) se zkušeností s duševním onemocněním a jejich blízkými - druh služby registrován jako podle zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách: Krizová pomoc (6380193).
- ▶ Psychoterapie (individuální, skupinová, párová/rodinná) – hrazená ze zdravotního pojištění.
- ▶ Poradenská činnost v oblasti preventivní péče a to i pro rodinu a blízké – druh služby podle zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách: Sociální rehabilitace (4134002).

FOKUS ČR se aktivně podílí na realizaci reformy péče o duševní zdraví a provozuje některé pobočky Center duševního zdraví.



## Centrum duševního zdraví

Centra duševního zdraví (CDZ) jsou specifickou službou, která cílí na to stát se přemostující službou mezi lůžkovou a ambulantní psychiatrickou péčí a která je primárně určená pro chronické pacienty se závažným duševním onemocněním (viz [Standard péče poskytované v centrech duševního zdraví](#)). Jádrem jejich služeb je poskytování péče multidisciplinárním terénním týmem, která je postavena na kombinaci ambulantních, terénních, denních a krizových služeb. CDZ tak poskytuje dlouhodobou péči zahrnující psychiatrickou a sociální rehabilitaci. Činnost CDZ se řídí právními předpisy, zejména zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, a zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Pilotní testování služeb CDZ bylo hrazeno z evropských fondů, aktuálně jsou zdravotní služby CDZ hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, úhrady sociální části poskytovaných služeb jsou aktuálně v řešení MZ.

Personální obsazení zajišťující zdravotní služby obsahuje psychiatra, klinického psychologa a všeobecnou zdravotní sestru. Personální obsazení zajišťující sociální služby obsahuje sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách. Výše úvazku závisí na velikosti spádového regionu (více viz [Standard péče poskytované v centrech duševního zdraví](#)).

Cílová skupina služeb CDZ jsou klienti/pacienti se závažným duševním onemocněním, které trvá déle než 2 roky, osoby s potřebou včasné intervence a lidé v krizových situacích s akutními psychickými obtížemi. Aktuálně do této cílové skupiny nespádají osoby s poruchou sexuální preference (diagnostický okruh F65).

### 3.2.1. Budoucnost služeb projektu Parafilik v kontextu CDZ OL

Možnost udržitelnosti služeb projektu Parafilik by mohla být včleněna do kompetence Center duševního zdraví pro pacienty s nařízeným ochranným léčením (CDZ OL), která budou přímo navázána na psychiatrické nemocnice poskytující OL. Cílem CDZ OL je zajistit komunitní a multidisciplinární službu zaměřenou na prevenci hospitalizace nebo jejího zkracování a nápomoc k reintegraci osob s OL do běžné komunity. Oproti běžné CDZ by tato CDZ OL poskytovala péči i pro cílové skupiny, se kterými se v běžné CDZ nepočítá – tj. lidé s parafilní preferencí a lidé se závislostí na alkoholu a návykových látkách. Vyjma nabídky zdravotních a sociálních služeb pro pacienty s nařízenou OL by CDZ OL sloužilo jako kontaktní místo pro nedelikventní osoby s parafilní preferencí. U těchto osob by tým CDZ OL provedl diagnostiku, zhodnocení jejich rizikovosti a zařadil je do terapeutických a edukačních programů tak, aby nedošlo k manifestaci delikventního jednání. Jedná se o služby v rámci logiky včasné intervence, které vyžadují aktivní a asertivní přístup.

Činnost CDZ OL by poskytovala zdravotní služby podle zákona o zdravotních službách a podle zákona o sociálních službách (registrace sociální služby v rozsahu služby sociální prevence, a to sociální rehabilitace dle § 70 zákona o sociálních službách v ambulantní a terénní formě s vymezením cílové skupiny „osoby s nařízeným ochranným léčením“).

Personální obsazení CDZ OL by pokrývalo následující odbornosti dle požadavků vzdělávání dané pozice: psychiatr, sexuolog, klinický psycholog, všeobecná sestra/sestra pro péči v psychiatrii, adiktolog, koordinátor prevence, sociální pracovník.



V rámci vytvářených standardů péče CDZ OL bylo navrženo nabízet služby aktivní prevence a včasné intervence, aby byly pokryty tyto služby projektu Parafilik:

- ▶ Koordinace a obsluha komunikačních a kontaktních kanálů – anonymní informační linka, email, poradna.
- ▶ Nabídka krizového poradenství.
- ▶ Preventivní poradenská a terapeutická péče dle programu Parafilik v individuálním a skupinovém módu na základě zhodnocení rizikovosti klienta.
- ▶ Aktivní vyhledávání klientů ve zvýšeném riziku páčání sexuální delikvence: edukační aktivity pro odborníky a veřejnost, cílení na rizikové osoby ve spolupráci s Policií ČR a spolupracujících organizací.

Stále však v rámci recentně navržených standardů služeb CDZ OL chybí možnost anonymní péče pro klienty a nabídka péče pro blízké osoby. Chybí rovněž výcvik a vzdělání osob pro oblast aktivní prevence, stejně jako vhodné personální zaštitění koordinačních aktivit v oblasti aktivní prevence.

Zároveň v rámci CDZ OL není jistá udržitelnost nízkoprahových forem péče – krizové linky a prvků aktivní prevence skrze tzv. deterrence/warning message. V tuto chvíli hledáme možnosti udržitelnosti těchto služeb.

Následující obrázek zobrazuje návrh komplexního systému prevence v České republice se zařazením na sebe navazujících intervenčních módů.



**PRIMÁRNÍ PREVENCE CS:**  
parafilici a osoby ve zvýšeném  
riziku páčání sexuální  
delikvence (bez deliktu)

**AKTIVNÍ REKRUITACE:**

- Cílení na webu
- Cílení na dark webu
  - Media
  - Komunity
- Brožury/Edukace

**KRÁTKODOBÁ KONTAKTNÍ  
INTERVENCE:**

- Krizová linka
- Krizové poradenství

**SEKUNDÁRNÍ PREVENCE CS:**

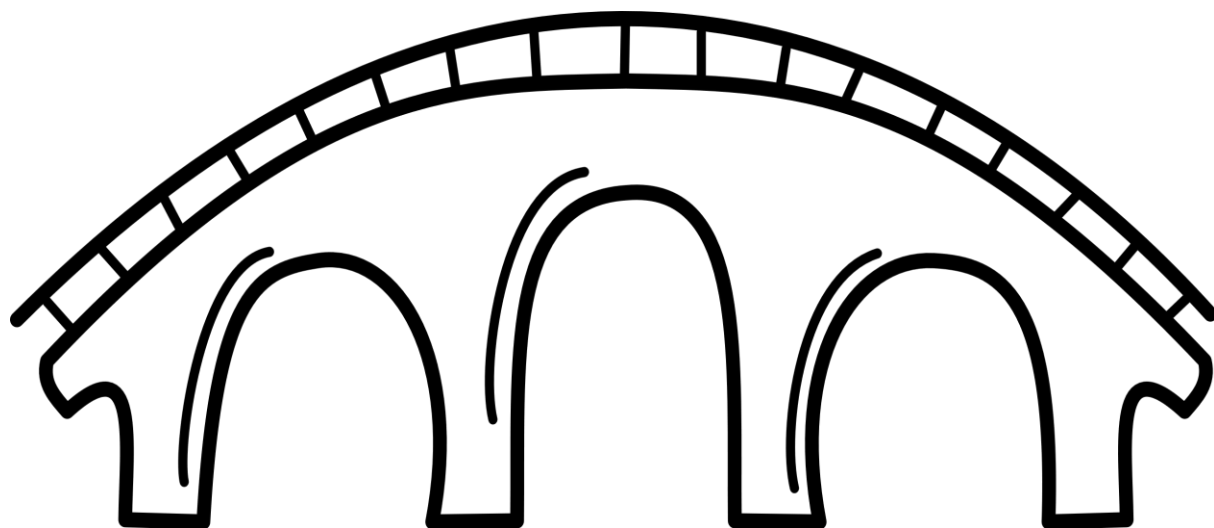
osoby ve zvýšeném riziku  
páčání sexuální delikvence  
(delikventní, ale zatím  
detekovány)

**ONLINE INTERVENCE:**

- Svépomocná platforma
- Webové stránky a  
psychoedukace
- Online poradenství
- Chatové poradenství

**DLOUHODOBÁ KONTAKTNÍ  
INTERVENCE:**

- Centrální pracoviště
- Regionální kontakty



**TERCIÁRNÍ PREVENCE CS:**  
osoby v OL (delikventní)

**CENTRA DUŠEVNÍHO  
ZDRAVÍ S NAŘÍZENÝM  
OCHRANNÝM LÉČENÍM**

**ÚSTAVNÍ LÉČBA  
HOSPITALIZACE**



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

**NU<sup>Dz</sup>**  
NÁRODNÍ ÚSTAV  
DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ



## Reference

- Abel, G. G., Osborn, C. A., & Twigg, D. A. (1993). Sexual assault through the life span: Adult offenders with juvenile histories. In H. E. Barbaree, W. L. Marshall, & S. M. Hudson (Eds.), *The juvenile sex offender* (pp. 104–117). Guilford Press.
- Alarcao, V., Ribeiro, S., Miranda, F. L., Carreira, M., Dias, T., Costa, J. G. E., & Galvao-Teles, A. (2012). General practitioners' knowledge, attitudes, beliefs, and practices in the management of sexual dysfunction - results of the Portuguese SEXOS study. *Journal of Sexual Medicine*, 9(10), 2508-2515.
- Andrews G et al. (2004). Child sexual abuse. In: Ezzati M, et al, eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneva, World Health Organization.
- Andrews, D. A., & Dowden, C. (2007). The risk–need–responsivity model of assessment and human service in prevention and corrections: Crime-prevention jurisprudence. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 49(4), 439-464.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Aos, S., Phipps, P., Barnoski, R., & Lieb, R. (2001). *The Comparative Costs and Benefits of Programs To Reduce Crime. Version 4.0*.
- Bártová, K., Androvičová, R., Krejčová, L., Weiss, P., & Klapilová, K. (2021). The prevalence of paraphilic interests in the Czech population: Preference, arousal, the use of pornography, fantasy, and behavior. *The Journal of Sex Research*, 58(1), 86-96.
- Beier, K. M., Grundmann, D., Kuhle, L. F., Scherner, G., Konrad, A., & Amelung, T. (2015). The German Dunkelfeld Project: A pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(2), 529-542.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169-190.
- Blatníková, Š., Faridová, P., & Zeman, P. (2014). Násilná sexuální kriminalita-téma pro experty i veřejnost. Institut pro kriminologii a sociální prevenci. Dostupné z: <http://www.ok.cz/iksp/docs/418.pdf>
- Blatníková, Š., Faridová, P., & Zeman, P. (2015). Znásilnění v ČR – trestné činy a odsouzení pachatelé. Institut pro kriminologii a sociální prevenci. Dostupné z: <http://www.ok.cz/iksp/docs/428.pdf>
- Blatníková, Š., & Zeman, P. (2019). Evidence dat o ochranném léčení a zabezpečovací detenci (nedostatky a možná řešení). Institut pro kriminologii a sociální prevenci. Dostupné z: <http://www.ok.cz/iksp/docs/456.pdf>





- Brichčín, S., Hollý, M., Kolářský, A., & Tsakalidou, A. (1997). Deset let ochranné léčby mravnostních delikventů v PL Praha-Bohnice. Předneseno na IX. Bohnických sexuologických dnech, Praha.
- Brichčín, S., & Kalvach, Z. (2003). Soudní psychiatrie a sexuologie pro policisty. Vyd. 1. - Praha : Vydavatelství Policejní akademie ČR.
- Briggs, P., Simon, W. T., & Simonsen, S. (2011). An exploratory study of internet-initiated sexual offenses and the chat room sex offender: Has the internet enabled a new typology of sex offender?. *Sexual Abuse*, 23(1), 72-91.
- Bumby, K. M. (1996). Assessing the cognitive distortions of child molesters and rapists: Development and validation of the MOLEST and RAPE scales. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8(1), 37-54.
- Check, J. V. (1985). The Hostility Toward Women Scale. *Dissertation Abstracts International*, 45(12-B, Pt 1), 3993. Dostupné z: <https://mspace.lib.umanitoba.ca/handle/1993/23279>
- Čechová, J., & Jandová, H. (2010). Bílá místa v péči o oběti trestného činu znásilnění: shrnutí výstupu analýzy stavu pomoci obětem znásilnění. In. CIPROVÁ et. al.(Eds). Pod Hladinou: fakta a mýty o znásilnění.. Dostupné z: [https://aa.ecn.cz/img\\_upload/8b47a03bf445e4c3031ce326c68558ae/publikace\\_final\\_pdf.pdf](https://aa.ecn.cz/img_upload/8b47a03bf445e4c3031ce326c68558ae/publikace_final_pdf.pdf)
- Česká psychiatrická společnost (2012). Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Dostupné z: [https://www.psychiatrie.cz/images/stories/OZ\\_zkr\\_komplet.pdf](https://www.psychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf)
- Di Gioia, R., Beslay, L., Cassar, A. & Pawula, A. (2022). Classification criteria for child sexual abuse and exploitation prevention programmes, EUR 30973 EN, Publications Office of the European Union, Luxembourg. Dostupné z: <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC127262>
- Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., Belfrage, H., Guy, L. S., & Wilson, C. M. (2014). Historical-clinical-risk management-20, version 3 (HCR-20V3): Development and overview. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(2), 93-108.
- European Union. Agency for Fundamental Rights, Europäische Union Agentur für Grundrechte, & FRA-European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). Violence against women: An EU-wide survey: Main results. FRA, European Union Agency for Fundamental Rights.
- EUROPOL (2020). EXPLOITING ISOLATION: Offenders and victims of online child sexual abuse during the COVID-19 pandemic. Dostupné z: [https://www.europol.europa.eu/cms/sites/default/files/documents/europol\\_covid\\_report-cse\\_jun2020v.3\\_0.pdf](https://www.europol.europa.eu/cms/sites/default/files/documents/europol_covid_report-cse_jun2020v.3_0.pdf)
- Fang, X., Brown, D. S., Florence, C. S., & Mercy, J. A. (2012). The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child abuse & neglect*, 36(2), 156-165.
- Fedoroff, J. P., & Marshall, W. L. (2010). Paraphilias. In D. McKay, J. S. Abramowitz, & S. Taylor (Eds.), *Cognitive-behavioral therapy for refractory cases: Turning failure into success* (pp. 369–384). American Psychological Association.
- Gammelgård, M., Koivisto, A. M., Eronen, M., & Kaltiala-Heino, R. (2008). The predictive validity of the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY) among institutionalised adolescents. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19(3), 352-370.
- Generální ředitelství VS ČR (2018). Statistická ročenka Vězeňské služby České republiky. Dostupné z: <https://www.vscr.cz/media/organizacni-jednotky/generalni-reditelstvi/odbor-spravni/statistiky/rocnky/statisticka-rocenka-2018.pdf>
- Halfarová, H. (2002). Sexuální zneužívání dětí a jeho následky. Rizikové chování dospívajících a jeho prevence, 3. odborný seminář, SZÚ 9.-11.9.2002. Free Teens Press.



- Harris, A., & Hanson, R. K. (2007). STABLE-2007 & ACUTE-2007: Improving the assessment of dynamic risk potential. In *The Forum* (Vol. 19, No. 4, pp. 4-7).
- Hanson, R. K., Harris, A. J. R., Scott, T. L., & Helmus, L. (2007). STABLE-2007. *Journal of Sexual Aggression*.
- Hanson, R. K., & Thornton, D. (1999). *Static 99: Improving actuarial risk assessments for sex offenders* (Vol. 2). Ottawa, Ontario: Solicitor General Canada.
- Harper, C. A., & Hogue, T. E. (2015). The emotional representation of sexual crime in the national British press. *Journal of language and social psychology*, 34(1), 3-24.
- Jahnke, S., Imhoff, R., & Hoyer, J. (2015). Stigmatization of people with pedophilia: Two comparative surveys. *Archives of sexual behavior*, 44(1), 21-34.
- Jahnke, S., Schmidt, A. F., Geradt, M., & Hoyer, J. (2015). Stigma-related stress and its correlates among men with pedophilic sexual interests. *Archives of sexual behavior*, 44(8), 2173-2187.
- Jeglic, E. L., & Calkins, C. (Eds.). (2016). *Sexual violence: Evidence based policy and prevention*. Springer.
- Ježková, V., & AdvoCats for Women (projekt). (2017). *Jen ano je ano: trestný čin znásilnění ve světle Istanbulské smlouvy. proFem*. Dostupné z: [http://www.profem.cz/shared/clanky/550/A5-JenAnoJeAno\\_WEB.pdf](http://www.profem.cz/shared/clanky/550/A5-JenAnoJeAno_WEB.pdf)
- Johnson, S. A. (2019). Child porn offenders, solicitation offenders and child sexual abusers: what the literature has to say. *Forensic Research & Criminology International Journal*, 7(4), 202-35.
- Kanters, T., Hornsveld, R. H., Nunes, K. L., Zwets, A. J., Muris, P., & van Marle, H. J. (2017). The Sexual Violence Risk-20: factor structure and psychometric properties. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 28(3), 368-387.
- Kolářský, A. (2008). Jak porozumět sexuálním deviacím?: teoretická východiska sexodiagnostiky-cesta k tvorbě náhledu ak realizaci sexuality v mezích zákona. Galén.
- Klapilová, K., Demidova, L. Y., Elliott, H., Flinton, C. A., Weiss, P., & Fedoroff, J. P. (2019). Psychological treatment of problematic sexual interests: cross-country comparison. *International Review of Psychiatry*, 31(2), 169-180.
- Kopecký, K., & Szołkowski, R. (2017). Sexting a rizikové seznamování českých dětí v kyberprostoru. Výzkumná zpráva. Univerzita Palackého v Olomouci ve spolupráci se společností 02 Czech Republic. Dostupné z: <https://e-bezpeci.cz/index.php/ke-stazeni/vyzkumne-zpravy/96-sexting-a-rizikove-seznamovani-2017/file>
- Lehmann, R. J., Schmidt, A. F., & Jahnke, S. (2021). Stigmatization of paraphilias and psychological conditions linked to sexual offending. *The Journal of Sex Research*, 58(4), 438-447.
- Letourneau, E. J., Brown, D. S., Fang, X., Hassan, A., & Mercy, J. A. (2018). The economic burden of child sexual abuse in the United States. *Child abuse & neglect*, 79, 413-422.
- Levenson, J. S., Willis, G. M., & Vicencio, C. P. (2017). Obstacles to help-seeking for sexual offenders: Implications for prevention of sexual abuse. *Journal of child sexual abuse*, 26(2), 99-120.
- Mann, R. E., Hanson, R. K., & Thornton, D. (2010). Assessing risk for sexual recidivism: Some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse*, 22(2), 191-217.
- McCartan, K. F., & Richards, K. (2021). The Integration of People Convicted of a Sexual Offence Into the Community and Their (Risk) Management. *Current psychiatry reports*, 23(8), 1-8.



- Měchýřová, P. (2012). Predikční kritéria recidivy u pacientů s nařízenou ochrannou ústavní léčbou sexuologickou. Praha. Diplomová práce. Dostupné z: [https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/43271/DPTX\\_2011\\_1\\_11210\\_0\\_126082\\_0\\_90871.pdf?sequence=1](https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/43271/DPTX_2011_1_11210_0_126082_0_90871.pdf?sequence=1)
- Ministerstvo Práce a Sociálních Věcí ČR. Přehled statistických ročenek Sociálně-právní ochrany dětí. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/statistiky-1>
- Ministerstvo Spravedlnosti ČR. Přehled statistických ročenek Dostupné z: <https://cslav.justice.cz/InfoData/uvod.html>
- Ministerstvo Vnitra (2016). Strategie prevence kriminality v České republice na léta 2016 až 2020. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/clanek/strategie-prevence-kriminality-v-ceske-republice-na-leta-2016-az-2020.aspx>
- Ministerstvo Vnitra ČR (2021). Zpráva o situaci v oblasti vnitřní bezpečnosti a veřejného pořádku na území České republiky v roce 2020. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/clanek/statistiky-kriminality-dokumenty.aspx>
- Ministerstvo Zdravotnictví ČR (2020). Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/01/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-pro-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf>
- Ministerstvo Zdravotnictví ČR (2020). Dopady krize způsobené koronavirem SARS-CoV-2 a duševního zdraví populace ČR – zpráva pracovní skupiny Rady vlády pro duševní zdraví. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/01/Dopady-krize-zp%C5%AFsoben%C3%A9-koronavirem-SARS-CoV-2-a-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-populace-%C4%8CR.pdf>
- Ministerstvo Zdravotnictví ČR (2020). Záznám z II. jednání Rady vlády pro duševní zdraví konaného dne 16. července 2020. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/08/Z%C3%A1znam-z-2.-jedn%C3%A1n%C3%AD-Rady-vl%C3%A1dy-pro-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-ze-dne-16.-7.-2020.pdf>
- Ministerstvo Zdravotnictví ČR (2020). Zpráva o současné situaci ve vzdělávání psychiatrů a doporučení pro systémová opatření. Dostupné z: [https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2020/01/12\\_Zpr%C3%A1va-o-sou%C4%8Dasn%C3%A9-situaci-ve-vzd%C4%9BI%C3%A1v%C3%A1n%C3%AD-psychiatr%C5%AF-a-doporu%C4%8Den%C3%AD-pro-syst%C3%A9mov%C3%A1-opat%C5%99en%C3%AD.pdf](https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2020/01/12_Zpr%C3%A1va-o-sou%C4%8Dasn%C3%A9-situaci-ve-vzd%C4%9BI%C3%A1v%C3%A1n%C3%AD-psychiatr%C5%AF-a-doporu%C4%8Den%C3%AD-pro-syst%C3%A9mov%C3%A1-opat%C5%99en%C3%AD.pdf)
- Národní ústav duševního zdraví (2020). Pandemie a duševní zdraví: strmý nárůst v prodeji antipsychotik, překvapivě nízký u léků na úzkost. Dostupné z: <https://www.nudz.cz/files/pdf/tz-pandemie-a-prodej-leku.pdf>
- Nováková, I., Krejčová, L., & Klapilová, K. Psychological well-being and help-seeking behaviour in the non-clinical sample of paedophilephiles: comparison of a self-identified and directly focused sample. Publikace v přípravě. (Abstrakt byl přijat k publikaci do special issue ve Frontiers in Psychiatry).
- Páv, M., Sebalo, I., Brichcín, S., & Perkins, D. Efficacy of a treatment program for men with paraphilic disorders convicted of sexual offences: 10-year community follow up. V přípravě.
- Páv, M., Skřivánková, P., Vňuková, M., Ptáček, R., & Vevera, J. (2020). Hodnocení rizika násilného jednání. Česká a Slovenská Psychiatrie, 116(2).



- Perkins, D., Merdian, H., Schumacher, B., Bradshaw, H., & Stevanovic, J. (2018). Interventions for perpetrators of online child sexual exploitation: A scoping review and gap analysis. Centre of Expertise on Child Sexual Abuse: Child sexual exploitation perpetrators research programme, Report, 5. Dostupné z: <https://www.csacentre.org.uk/documents/online-cse-interventions/>
- Piché, L., Mathesius, J., Lussier, P., & Schweighofer, A. (2018). Preventative services for sexual offenders. *Sexual Abuse*, 30(1), 63-81.
- Policie ČR (2020). Statistické přehledy kriminality. Dostupné z: <https://www.policie.cz/statistiky-kriminalita.aspx>
- proFem (2021). Zkušenost obyvatel ČR se sexuálním násilím a sexuálním obtěžováním: výzkumná zpráva. Dostupné z: [https://www.profem.cz/shared/clanky/984/V%C3%9DZKUMN%C3%81%20ZPR%C3%81VA\\_sexualni%20nasili\\_2021%20-%20Copy%201.pdf](https://www.profem.cz/shared/clanky/984/V%C3%9DZKUMN%C3%81%20ZPR%C3%81VA_sexualni%20nasili_2021%20-%20Copy%201.pdf)
- Reid, R. C., Garos, S., & Carpenter, B. N. (2011). Reliability, validity, and psychometric development of the Hypersexual Behavior Inventory in an outpatient sample of men. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 18(1), 30-51.
- Reisman, Y., Porst, H., Lowenstein, L., Tripodi, F., & Kirana, P. S. (2015). The ESSM manual of sexual medicine. Amsterdam: Medix.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of personality and social psychology*, 39(3), 472.
- Saied-Tessier, A. (2014). Estimating the costs of child sexual abuse in the UK.
- Scheinost, M., Barbořík, M., Čáp, J., Diblíková, S., Frydrych, J., Holas, J., Hulmáková, J., Karban, M., Linhartová, H., Martinková, M., Raszková, T., Večerka, K., & Zhřivalová, P. (2020). Analýza trendů kriminality v České republice v roce 2019. Institut pro kriminologii a sociální prevenci. Dostupné z: <http://www.ok.cz/iksp/docs/462.pdf>
- Seto, M. C. (2017). The puzzle of male chronophilias. *Archives of Sexual Behavior*, 46(1), 3-22.
- Seto, M. C., Wood, J. M., Babchishin, K. M., & Flynn, S. (2012). Online solicitation offenders are different from child pornography offenders and lower risk contact sexual offenders. *Law and Human Behavior*, 36(4), 320.
- Smahel, D., Machackova, H., Mascheroni, G., Dedkova, L., Staksrud, E., Ólafsson, K., ... & Hasebrink, U. (2020). EU Kids Online 2020: Survey results from 19 countries. Dostupné z: <https://irtis.muni.cz/media/3218267/eu-kids-online-2020-16march2020.pdf>
- Spilková, M. J. (2013). Sexuologické problémy u dětí. *Pediatric pro praxi*, 14(2), 78-80.
- Šlegerová, L., Michenka, P., & Kočí, M. (2020). *Medici 2020 – Kompetence a preference*. Praha: Powerpring. Dostupné z: [https://www.mladilekari.cz/v2017/wp-content/uploads/2020/11/Mladi\\_lekari\\_Medici\\_2020\\_Kompetence\\_a\\_preference.pdf](https://www.mladilekari.cz/v2017/wp-content/uploads/2020/11/Mladi_lekari_Medici_2020_Kompetence_a_preference.pdf)
- Taylor, P., Moore, P., Pezzullo, L., Tucci, J., Goddard, C., & De Bortoli, L. (2008). The cost of abuse in Australia. Melbourne: Australian Childhood Foundation and Child Abuse Prevention Research Australia.
- Thibaut, F., Cosyns, P., Fedoroff, J. P., Briken, P., Goethals, K., Bradford, J. M., & WFSBP Task Force on Paraphilias. (2020). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) 2020 guidelines for the pharmacological treatment of paraphilic disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 21(6), 412-490.
- Trojan, O. (2017). Srovnání diagnostických nástrojů u parafiliků se zaměřením na pedofilii. Praha. Dizertační práce. Dostupné z: [https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/87447/IPTX\\_2010\\_1\\_11210\\_0\\_289191\\_0\\_103539.pdf?sequence=1](https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/87447/IPTX_2010_1_11210_0_289191_0_103539.pdf?sequence=1)



- Úřad vlády ČR (2009). Národní strategie prevence násilí na dětech v ČR na období 2008-2018.  
Dostupné z: <https://www.vlada.cz/scripts/file.php?id=61422>
- Úřad vlády ČR (2019). Akční plán prevence domácího a genderověpodmíněného násilí na léta 2019 – 2022. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/dokumenty/AP-DN---grafikaFINAL.pdf>
- Úřad vlády ČR (2019). Strategie prevence kriminality v České republice na léta 2022 – 2027.  
Dostupné z: [https://prevencekriminality.cz/wp-content/uploads/2021/10/04\\_spk-2022-2027\\_strategicka-cast.pdf](https://prevencekriminality.cz/wp-content/uploads/2021/10/04_spk-2022-2027_strategicka-cast.pdf)
- Válková, H., & Kuchta, J. (2012). Základy kriminologie a trestní politiky. 2. vyd. V Praze: CH Beck. Beckovy mezioborové učebnice.
- Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR. (2010). Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru klinická psychologie. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/1508-klinicka-psychologie-2010.pdf>
- Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR. (2022). Vzdělávací program nástavbového oboru sexuologie.  
Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/7112-sexuologie-2022.pdf>
- Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR. (2020). Vzdělávací program specializačního vzdělávání psycholog ve zdravotnictví psychoterapie. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/5148-psychoterapie-2020.pdf>
- Vlach, J., Kudrlová, K., Paloušová, V. (2020). Kyberkriminalita v kriminologické perspektivě. Institut pro kriminologii a sociální prevenci. Dostupné z: <http://www.ok.cz/iksp/docs/463.pdf>
- Všetičková, S., Zděnek, M., & Molnár, P. (2017). Analýza ekonomických dopadů domácího násilí. Praha: Ivystreet. Dostupné z: [www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitostizen-a-muzu/dokumenty/Analiza-ekonomickych-dopadu-DN.pdf](http://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitostizen-a-muzu/dokumenty/Analiza-ekonomickych-dopadu-DN.pdf)
- Vymětal, Š. (2020). Mapování výzev při poskytování služeb linek důvěry, ad hoc linek a on-line služeb v souvislosti s epidemií COVID-19, za účelem lepší připravenosti do budoucna. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/01/Mapov%C3%A1n%C3%AD-v%C3%BDzev-p%C5%99i-poskytov%C3%A1n%C3%AD-slu%C5%BEdb-linek-d%C5%AFv%C4%9Bry-ad-hoc-linek-a-on-line-slu%C5%BEdb-v-souvislosti-s-epidemi%C3%AD-covid19-zpr%C3%A1va-z-v%C3%BDzkumu.pdf>
- Walby, S., & Olive, P. (2014). Estimating the costs of gender-based violence in the European Union.
- Ward, T. (2002). The management of risk and the design of good lives. *Australian Psychologist*, 37, 172-179.
- Ware Jr, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*, 220-233.
- Weiss, P. (1999). Assessment and treatment of sex offenders in the Czech Republic and in Eastern Europe. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(4), 411-421.
- Weiss, P. (2017). Poruchy sexuální preference. Galén.
- Winder, B., Fedoroff, J. P., Grubin, D., Klapilová, K., Kamenskov, M., Tucker, D., ... & Vvedensky, G. E. (2019). The pharmacologic treatment of problematic sexual interests, paraphilic disorders, and sexual preoccupation in adult men who have committed a sexual offence. *International Review of Psychiatry*, 31(2), 159-168.
- Winkler, P., Formanek, T., Mlada, K., Kagstrom, A., Mohrova, Z., Mohr, P., & Csemy, L. (2020). Increase in prevalence of current mental disorders in the context of COVID-19: analysis of repeated nationwide cross-sectional surveys. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29.



- World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization.
- World Health Organization. (2013). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. World Health Organization.
- World Health Organization (2019). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.). Dostupné z: <https://icd.who.int/>
- Wright, S., Stambaugh, R.J., & Cox, D. (2015). Consent Violations Survey. Technical Report. Dostupné z: [https://secureservercdn.net/198.71.233.68/9xj.1d5.myftpupload.com/wp-content/uploads/2019/12/Consent-Violations-Survey.pdf?fbclid=IwAR3qv6NR9\\_W\\_TBscK3kK-ON1tbm1v40n4YLVd0A\\_7703DMSppq01K2xLbiY](https://secureservercdn.net/198.71.233.68/9xj.1d5.myftpupload.com/wp-content/uploads/2019/12/Consent-Violations-Survey.pdf?fbclid=IwAR3qv6NR9_W_TBscK3kK-ON1tbm1v40n4YLVd0A_7703DMSppq01K2xLbiY)
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.
- Zvěřina, J. & Weiss, P. (2012) Doporučené postupy v terapii parafilních sexuálních delikventů. Praha: Sexuologická společnost České lékařské společnosti JEP. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/12999/28544/Doporu%C4%8Den%C3%A9\\_postupy\\_v\\_terapii\\_parafile%C3%ADch\\_sexu%C3%A1ln%C3%ADch\\_delikvent%C5%AF.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/12999/28544/Doporu%C4%8Den%C3%A9_postupy_v_terapii_parafile%C3%ADch_sexu%C3%A1ln%C3%ADch_delikvent%C5%AF.pdf)
- Zvěřina, J., Weiss, P., & Holý, M. (2016). Výsledky terapeutické kastrace u parafilních sexuálních delikventů. *Psychiatrie pro praxi*, 17(1), 15-17.





Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

# NU<sup>D</sup>Z

NÁRODNÍ ÚSTAV  
DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

