

O CHLAPCI, KTERÝ SI CHTĚL JENOM SÁHNOUT

MUDr. Petra Sejblová, MUDr. Helena Reguli

Sexuologické oddělení, FN u sv. Anny, Brno

V úvodu čtenáře stručně seznamujeme s definicí poruch sexuální preference. Kazuistika ilustruje příběh chlapce v období 3 let, který navštívil naše sexuologické oddělení krátce poté, co spáchal sexuální delikt. Čtenáři se seznámí s diagnostickým procesem a s průběhem a komplikacemi při následné terapii. Na konci se zamýšlíme nad dalším osudem chlapce na začátku jeho dospělosti.

Psychiat. pro Praxi, 2007; 8(6): 272–273

Úvod

Pro naši sexuologickou kazuistiku je důležité připomenout některé teoretické pojmy a fakta z oblasti sexuálních deviací a zejména jejich léčby.

Poruchy sexuální preference (parafilie, sexuální deviace) jsou **kvalitativní poruchy sexuálního motivačního systému** (SMS). Lze ho popsat jako charakteristickou sexuální aktivitu a objekt, které daný jedinec preferuje (3, 4).

Mechanismus vývoje SMS, a tedy i etiopatogeneze jeho poruch nejsou zatím plně objasněny. Základní jsou nejspíš faktory vrozené. Vlivy prostředí se pak pravděpodobně uplatňují až na základě vrozených mechanismů. Vzhledem k tomu, že během vývoje jedince může dojít k odchýlnému naprogramování sexuálního motivačního systému, je výsledná porucha sexuální preference dlouhodobá, tzn., že poruchu sexuální preference jako kvalitativní odchylku od normy vyléčit nelze, lze však její negativní projevy zmírnit nebo modifikovat do společensky přijatelných forem.

Adaptační léčba sexuálních deviantů zahrnuje různé terapeutické postupy od oblasti psychoterapie, socioterapie až po biologickou terapii. Cílem je dosažení náhledu a získání sebepoznání vlastní sexuální deviace, zvyšování osobní odpovědnosti a kompetentnosti pacienta, změna jeho sexuálně nekonformního chování. Komplexní léčba se nesoustřeďuje pouze na potlačení nežádoucích projevů, snaží se především podpořit ty žádoucí (adekvátní partnerskou a tím i sexuální adaptaci). Využívá přitom nejenom osobnostních a emočních kvalit, ale i podpory sociálního zázemí delikventů (5, 6).

Vlastní kazuistika

Chlapec, nazveme ho Jiří, byl ve svých 15 letech přiveden svojí matkou na naše sexuologické oddělení v únoru 2005 poté, co bylo policií zahájeno vyšetřování pro podezření ze spáchání trestního činu výtržnictví. Byl obviněn z toho, že v sedmi prokázaných případech (dalších 5 případů se neprokázalo) napadl dospělé mladé ženy. Jiří byl blondatý, štíhlý, menšího vzrůstu 162 cm, vážil 52 kg a na první pohled působil křehkým a nevinným dojmem.

Neznámé ženy Jiří přepadával ve stejnou denní dobu a ve stejné lokalitě. Mezi jednotlivými útoky se postupně zkracoval časový interval od jednoho

měsíce až po 4–7 dní. Při posledním přepadení byl zadržen policií. Chlapec ženy nejdříve krátce pronásledoval, potom je přepadl ze zálohy a osahával na prsou, v rozkroku a na hýždích. Bylo varující, že i přes aktivní obranu žen Jiří svého jednání nezanachal a že oběti si podle fyzické síly pachatele myslely, že jde o dospělého útočníka.

Již v průběhu trestního stíhání Jiří zahájil dobrovolnou léčbu na našem sexuologickém oddělení. Při úvodních sezeních byl v tenzi a s lékaři komunikoval velmi málo.

Postupně byly zjištěny tyto anamnestické údaje: Jiří vyrůstal jako jedináček v harmonické a průměrně sociálně situované rodině bez hereditární zátěže. Základní školu ukončil s výborným prospěchem, poté nastoupil na osmileté gymnázium. Jeho prospěch i chování bylo pedagogy hodnoceno kladně. Mezi své spolužáky byl začleněn, ale bližší vztahy s nimi neměl. Jiří je nekuřák, alkohol nepije, zkušenosti s návykovými látkami nemá. Jeho velkým zájmem jsou automobily a zejména závodění, kterého se aktivně účastní. Tento svůj jediný koníček sdílel společně se svým otcem. V posledních dvou letech byl spíše samotářský. Většinou seděl doma u počítače. Psychologickým vyšetřením při zahájení léčby na našem oddělení byly intelektové schopnosti Jiřího zhodnoceny jako průměrné, dominujícími znaky jeho osobnosti jsou úzkostnost, emoční stažení se a soběstačnost s možnou tendencí podceňovat rozsah svých těžkostí. Testy u něho nezjistily žádné známky agresivity. Při zahájení léčby bylo somatosexuální vyžrávání u Jiřího hodnoceno jako urychlené o jeden až dva roky.

Zároveň s vlastní léčbou bylo zahájeno pedopsychiatrické a sexuologické znalecké posuzování. Teprve při znaleckém sexuologickém vyšetření Jiří poprvé přiznal výskyt sexuálního vzrušení při nutkavých vzpomínkách na přepadávání neznámých žen. V té době se intimita Jiřího skládala pouze z autoerotických aktivit a sexuálních fantazií s obsahem stejně starých dívek. Nebyl doposud nikdy ani platonicky zamilován. Neměl vůbec žádné zkušenosti s dívkami, které bývají obvyklé u jeho vrstevníků. Provedené phallopletysmografické vyšetření (PPG) svědčilo pro celkově zvýšenou nediferencovanou sexuální reaktivitu na fyziologické i patologické sexuální podněty.

Signifikanční porucha sexuální preference se na tomto PPG záznamu ještě neprokázala.

Znalkyně-sexuoložka posoudila Jiřího jednání jako tušerské¹ s prvky patologické sexuální agrese². Vzhledem k již zahájené dobrovolné léčbě bylo doporučeno uložení ochranného sexuologického léčení v ambulantní formě. Toto léčení soud však neuložil a trestní stíhání bylo zastaveno.

Jiří dále pokračoval v dobrovolném sexuologickém léčení, při kterém velmi aktivně spolupracovala zejména jeho matka, částečně i jeho otec.

Vzhledem k tomu, že léčba sexuálních deviací je léčbou komplexní, zahrnující jak psychoterapii, tak farmakoterapii a v případě dospívajícího chlapce i potřebnou sexuální výchovu, do chlapcovy léčby se postupně zapojilo několik lékařů (původní ošetřující lékařka a poté i znalkyně) i psychologů (psycholožka provádějící diagnostiku a vlastní psychoterapeut).

Případ Jiřího byl pro nás zajímavý hlavně tím, že jsme dostali možnost ovlivnit samotné počátky projevů sexuální deviace u dospívajícího chlapce s negativním pedopsychiatrickým nálezem a s dobrým rodinným a sociálním zázemím. Podstatná pro naši léčbu byla zejména velmi kvalitní spolupráce rodiny a dostatečná spolupráce samotného klienta. U hochy byla postupně provedena další specializovaná vyšetření: genetické, endokrinologické s určením kostního věku a průběžně se opakovala hormonální vyšetření. Všechna tato vyšetření byla bez patologií.

V případě Jiřího jsme se rozhodli zahájit farmakologickou léčbu fluoxetinem v dávce 10 mg pro die. Důvodů volby tohoto preparátu bylo několik: impulzivní komponenta v Jiřího jednání (obvyklá i u ostatních deviantních pachatelů sexuálního násilí), potřeba ztlumit sexuální libido a erotické vzrušení a nižší výskyt nežádoucích účinků než při hormonální útlumové léčbě a tím i vyšší pravděpodobnosti dlouhodobé compliance klienta (2).

Komplexní sexuologickou léčbu Jiřího jsme chtěli postavit hlavně na intenzivní individuální psychoterapii. Dynamickou psychoterapii Jiří zahájil v srpnu 2005

- 1 Tušer je člověk, který dosahuje sexuálního vzrušení doteky na intimních místech anonymních žen (5).
- 2 Patologičtí sexuální agresori většinou opakovaně přepadávají neznámé osoby ze zálohy za účelem agrese si vynutit pohlavní styk či jinou sexuální aktivitu, aniž se pokusí o navázání bližšího kontaktu (5).

s frekvencí sezení 3x týdně. Rodiče Jiřímu mimo psychoterapie na našem oddělení hradili i sezení u téhož terapeuta ve večerních hodinách.

První rok komplexní léčby u Jiřího proběhl bez větších nápadností. Stále užíval fluoxetin. Mimo sezení u psychoterapeuta měsíčně docházel ke své ošetřující sexuoložce. Intimní život chlapce nejevil žádné nápadnosti vyjma snížení frekvence autoerotických aktivit o třetinu. Asi po roce léčby nastaly první komplikace. V červenci 2006 oznámila matka, že na syna je podané trestní oznámení pro psaní obscénních textových zpráv 9 a 12leté dívce. Později vyšlo najevo, že také opakovaně obscénně telefonoval neznámé ženě.

Tuto recidivu sexuálně patologického chování jsme jako terapeuti nejdříve vnímali jako selhání naší léčby. Po zralé úvaze jsme však zhodnotili, že možná právě díky intenzivní komplexní léčbě bylo nyní Jiřího delikventní jednání oproti předchozím skutkům méně závažné, protože bylo fyzicky nekontaktní a méně intenzivní. Věk dívek jsme vzhledem k věku Jiřího nehodnotili jako patologii ve smyslu pedofilie. Jiřího chování odpovídalo klinickému obrazu poruchy sexuální preference typu tzv. telefonní skatofilie³.

Jiří dle hodnocení psychoterapeuta nebyl schopen reflektovat svoje psychické stavy, ve kterých se dopouštěl nejprve přepadávání neznámých dospělých žen a později obscénního telefonování cizí ženě a psaní textových zpráv pubertálním dívkám. Za pocity studu a výčitek svědomí se skrývala porucha mentalizace (1), tedy neschopnost popsat vlastní psychický stav a psychický stav obětí. V psychoterapii se vyskytly v r. 2006 další náročné situace, např. když mladík místo na sezení s psychoterapeutem šel za prostitutkou. Tímto aktem Jiří uskutečnil svůj koitální debut. Za touto prostitutkou (vybaven penězi rodičů na terapeutická sezení) byl potom ještě několikrát.

Mimo zahájení policejního šetření pro ohrožování mravní výchovy mládeže (které bylo následně podmínečně odloženo) nastaly komplikace i v nové škole – odborném učilišti, na které několik měsíců předtím z gymnázia přešel. Jiří svým vyšším věkem a intelektovými schopnostmi mezi své spolužáky nezapadal a stranil se jich. Vše vyvrcholilo několikadenním opakovaným útekem hocha z domu. Před jedním útekem po nedorozumění s otcem impulzivně rozbil svoji sbírku modelů aut a svůj čin nedokázal zdůvodnit. Při dalším útěku vzal otcův automobil, ve kterém bezcílně jezdil. Rodiče byli z chování syna zoufalí, matka se psychicky zhroutila, na terapii Jiří v té době také nechodil. Tehdy byla zvažována i akutní hospitalizace na psychiatrii. Situace se však postupně uklidnila a jeho útky přestaly.

Po roce bylo znovu provedeno druhé PPG vyšetření, na kterém byla sexuální reaktivita diferencova-

ná. Kromě preference dospělých žen a fyziologických sexuálních aktivit s nimi byla na záznamu zachycena opakovaná patologická reaktivita na sexuálně agresivní a sadistické podněty. Diagnózu poruchy sexuální preference typu patologické sexuální agresivity jsme u Jiřího nakonec potvrdili.

Tehdy se náš terapeutický tým rozhodl změnit medikaci. Hormonální hladiny testosteronu u mladíka postupně dosáhly hodnot dospělého muže, a také proto jsme Jiřímu nasadili antiandrogenní léčbu cypoteronacetátem v dávce 12,5 mg pro die. Sexuologickou léčbu jsme rozšířili o oblast sexuální výchovy zaměřené na trestně právní problematiku lidské sexuality se snahou pomoci Jiřímu se na smyšlených příkladech naučit rozeznávat hranice fyziologické a patologické sexuality.

Na podzim roku 2006 si Jiří našel patnáctiletou dívku a poprvé v životě se zamiloval. V navazování tohoto prvního vztahu s adekvátní partnerkou ho všichni podporovali. V prosinci 2006 Jiří znovu utekl, tentokrát již cíleně ke své dívce, u které asi dva dny tajně bydlel. Vzhledem ke specifickým okolnostem útoku bylo Jiřího jednání rodiči tolerováno do té míry, že se obě rodiny partnerů společensky seznámily. Posléze tento první emočně naplněný vztah po svém bouřlivém začátku postupně odezněl, až bez konkrétního důvodu skončil. Z našeho hlediska bylo zklamáním, že tato známost se žádnou výraznější intimitou nevyznačovala. Doposud se Jiřího jediné adekvátní sexuální zážitky sestávaly z několika kontaktů s prostitutkou. Tím se možnost adekvátní partnerské adaptace u Jiřího nenaplnila.

Hoch stále pokračoval v intenzivní individuální psychoterapii s frekvencí 3x týdně. V lednu 2007 onemocněl mononukleózou a antiandrogenní léčba byla vysazena. Na jednu stranu jsme se náhlého vysazení medikace obávali, na druhou stranu jsme plánovali postupně medikaci zcela vysadit, protože v září 2007 Jiří dosáhl plnoletosti a jeho dobrovolná sexuologická léčba závisí pouze na jeho rozhodnutí. Počítali jsme s tím, že ji může dnem dovršení své plnoletosti proti vůli svých rodičů ihned ukončit. Od března 2007 jsme začali cíleně snižovat frekvenci psychoterapeutických sezení až na frekvenci jedenkrát týdně.

Od ledna 2007 je Jiří stále bez jakékoliv medikace. Subjektivně nemá výraznou sexuální potřebu a je bez deviantních myšlenek či nutkání. Během tříleté léčby Jiří po tělesné a troufáme si říci i psychické stránce dojrál. Několik posledních měsíců dokáže svoje problémy řešit bez projevů impulzivního chování. V době nemoci se rozhodl opět změnit školu, zůstal však v oboru, který ho zajímá. Brigádnicky pracuje jako automechanik. Jiří má i další plány do budoucna, ve kterých se však žádný partnerský vztah nevyskytuje. Zdroj největšího potěšení jsou pro něho auta a automobilové závody. Jeho nejbližším cílem je složit řidičské zkoušky a s otcem postavit závodní automobil.

Potěšilo nás, že se sám rozhodnul i po dosažení plnoletosti na naše oddělení docházet dále. Subjektivně by mu vyhovovaly frekvence návštěv u sexuoložky jedenkrát za měsíc a frekvence psychoterapeutických sezení asi jedenkrát za 14 dní až měsíc. Jestli tomu tak opravdu bude, teprve uvidíme.

Diskuze a závěr

Typickým rysem deviantních pachatelů sexuálních agresí je sklon k opakování sexuálního násilí stejného charakteru. Proto můžeme předpokládat, že riziko recidivy je u Jiřího vzhledem k jeho ranému věku, stereotypnímu způsobu provedení a stupňující se frekvenci a intenzitě jeho prvních deliktů poměrně stále vysoké. Předpokládáme, že pokud se nám podařilo během uplynulých tří roků pozitivně usměrnit rozvoj chlapcovy osobnosti, a získat tak alespoň jeho částečný náhled na patologii předchozího sexuálního deviantního chování, mohl by být Jiří motivován i v budoucnu kontrolovat své sexuální deviantní impulzy. Tím by se riziko recidivy sexuálního deviantního jednání podstatně snížilo.

Doufáme, že komplexní intenzivní léčbou jsme pomohli Jiřímu projít rizikovým obdobím dospívání v mužské a ukázali mu místo, kde může, pokud bude chtít, své budoucí nejenom sexuální problémy řešit. Případ Jiřího je náročný a zajímavý tím, že došlo k možnosti ovlivnit průběh sexuální deviace v poměrně časném věku. Narazili jsme však na problém vhodné medikace u mladistvých.

Zdali Jiří bude naši pomoc nadále vyhledávat sám a dobrovolně, či ne, nedokáže nikdo z nás předpovědět. Snažili jsme se udělat pro chlapce co nejvíce. Zdali to bylo efektivní, nám ukáže teprve budoucnost.

První Jiřího delikt byl laickou veřejností (včetně policie) nejdříve hodnocen jako jednání kluka, který si chtěl jen sáhnout. Teprve podrobným rozбором byla odhalena jeho společenská nebezpečnost.

Každý příběh by měl mít nějaký konec, ale jak to v životě chodí, skutečné příběhy nikdy nekončí.

MUDr. Petra Sejblová

Sexuologické oddělení, FN u sv. Anny
Výstavní 17, 603 00 Brno
e-mail: petra.sejbalova@fnusa.cz

Literatura

1. Fonagy P, Target M. Psychoanalytické teorie. Praha, Portál, 2005, 400 s.
2. Greenberg DM, Bradford JM, Curry S, O'Rourke A. A comparison of treatment of paraphilias with three serotonin reuptake inhibitors: a retrospective study. Bull Am Acad Psychiatry Law. 1996; 24(4): 525–532.
3. Höschl C, Libiger J, Švestka J. Psychiatrie, Praha, Tisig, 2004. s. 599(883).
4. Kolářský A., Brichácin, S., Holý, M. Zlepšování detekce nebezpečných motivačních anomálií. Sexuolgia 2/2005, 28–35 s.
5. Weiss P. Sexuální deviace. Praha, Portál 2002. 351 s.
6. Zvěřina J. Sexuologie (nejen) pro lékaře. Brno: Akademické nakladatelství CERM 2003; 287 s.

³ U telefonní skatofilie je vzrušení dosahováno anonymními telefonáty s erotickým obsahem.