

Rape trauma – klinické a forenzní souvislosti

PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, Ph.D.^{1,2}, doc. PhDr. Ludmila Čírtková, CSc.¹, MUDr. Ilja Žukov, CSc.²

¹Policejní akademie ČR, Praha

²Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Článek se zabývá klinickými projevy a vybranými forenzními souvislostmi tzv. traumatu ze znásilnění. Podává základní přehled diagnostiky a výskytu jevu a dále se zabývá rámcovými otázkami posuzování věrohodnosti obětí znásilnění a také otázkami případné míry traumatizace. Stať směřuje jak k psychiatrům – znalcům, tak běžným, klinickým psychiatrům, kteří se s otázkami znásilnění mohou v praxi setkávat. Článek je doplněn kazuistikou.

Klíčová slova: trauma ze znásilnění, diagnostika, viktimizace, trauma.

Rape trauma – clinical and forensic implications

The article deals with clinical signs and forensic relations of rape trauma. It gives basic overview of diagnostics and occurrence of the phenomenon and further deals with questions of credibility assessment of victims of rape and their possible traumatization. The article is intended to forensic and clinical psychiatrists who may work with victims of rape. The article is accompanied by a case study.

Key words: rape trauma, diagnostics, victimization, trauma.

Psychiat. pro Praxi 2009; 10(6): 268–271

Úvod

Trauma ze znásilnění představuje závažný jev jak v klinické, tak forenzní psychiatrické praxi. V souvislosti s klinickou praxí je důležitá otázka diagnostiky a terapie, v oblasti forenzní se jedná o neméně závažnou otázku, a to především v oblasti znaleckého posuzování věrohodnosti obětí znásilnění a dále pak případné míry traumatizace. Předložená práce se zabývá otázkou traumatu ze znásilnění především ve smyslu identifikace jeho projevů a dále pak otázkami souvisejícími s diagnostikou doprovodných psychických poruch v klinické praxi a naznačuje některé znalecké otázky při posuzování obětí znásilnění.

Projevy a výskyt

Rape trauma, v češtině trauma ze znásilnění (1, 2), je forma posttraumatické stresové poruchy, která se vyskytuje u obětí znásilnění (3). Termín nepředstavuje konkrétní diagnostickou nebo nosologickou jednotku, pouze vymezuje skupinu znaků, symptomů a reakcí, která charakterizuje stav po prožitém znásilnění. Výzkum v této oblasti poukazuje na to, že oběti znásilnění prožívají trauma nejen během a bezprostředně po samotném činu, ale v četných případech také i dlouho po něm (1, 4). Obecně se následky znásilnění projevují v těchto dimenzích: kognice, emoce, sociální vztahy (často též pracovní výkon), intimita a sex, identita (5). Syndrom traumatu ze znásilnění je vymezen třemi fázemi, kterými oběť prochází. Jedná se o fázi akutní, fázi povrchní adaptace a fázi renormalizace.

Akutní fáze

Charakteristika, specifické projevy i délka trvání se mohou u jednotlivých obětí značně lišit. Bezprostřední symptomy mohou trvat dny až týdny a mohou se překrývat s fází povrchní adaptace. Symptomy akutní fáze mohou být velice různé a do jisté míry se překrývají se znaky posttraumatické stresové poruchy, i přesto však vykazují určitá specifika. Jedná se především o: změny aktivity, otupělost, oslabené schopnosti vnímání, prožívání a paměti, paralyzující anxieta, neovladatelný třes, obsedantní hygienické chování, citová zmatenost, přecitlivělost na chování druhých osob (3, 6).

Ne všechny oběti znásilnění ovšem projevují znaky akutní fáze. Některé oběti mohou vykazovat zcela klidné, napadením zdánlivě neovlivněné chování (6).

Fáze povrchní adaptace

Fáze povrchní adaptace nastupuje obvykle několik dní až týdnů po samotném znásilnění. Hrají zde roli pretraumatické osobnostní charakteristiky, míra sociální nebo odborné podpory, případně možné souvislosti sekundární traumatizace (7, 8). Oběti znásilnění se v této fázi obvykle navrací do běžného života, mohou se jevit s činem jakoby vyrovnané, nicméně ve většině případů přetrvávají nepříjemné pocity, vnitřní neklid a dále některé z těchto symptomů:

- přetrvávající úzkost,
- pocit bezmocnosti,
- přetrvávající strach a depresivní nálada,
- náhlé změny nálady,
- poruchy spánku,

- opakující se úzkostné a děsivé sny,
- flashbacky,
- disociativní symptomy, zvláště ve smyslu depersonalizace,
- panické ataky,
- možné patologické obranné reakce ve smyslu sebepoškozování, užívání alkoholu apod. (3, 6, 7).

Ve fázi povrchní adaptace je dále zřejmý vliv na běžné fungování, a to v osobním i sociálním životě, a to především ve smyslu:

- snížené nebo vymizelé pocity osobního bezpečí,
- obtíže v navazování nových vztahů (zvl. s opačným pohlavím),
- silně narušený vztah k oblasti intimity a sexu (1).

Oběti v mnoha případech uvádějí, že nejsou schopny znovu obnovit svůj běžný sexuální život. V některých případech se během sexuálního styku objevují flashbacky související s prožitým znásilněním. V některých případech ovšem naopak ženy uvádějí následné nutkání k hypersexuálnímu chování. To je vysvětlováno jako obranný mechanismus, který vede k znovu získání pocitu kontroly nad svým osobním životem a sexualitou ve vztazích (5).

Změny oproti dosavadnímu běžnému životu uvádí řada obětí i odborných studií (např. 4, 9). Tyto změny se projevují jak v běžném sociálním, pracovním, tak i rodinném a osobním životě. Změny jsou charakteristické především zvýšenou úzkostností, potřebou kontroly, náhlými

změnami nálady nebo potřebou radikálních změn v dosavadním životě. V některých případech se v této fázi mohou rozvinout závislosti, nejčastěji na alkoholu nebo tabáku, ale také například na předepisovaných anxiolyticích (4, 9). Kromě všech výše popsaných symptomů se ve fázi povrchní adaptace dále popisuje triáda déletrvajících obtíží (7, 10).

Somatické obtíže

Somatické obtíže se projevují nejčastěji tenzními bolestmi hlavy, únavou, generalizovanými pocity bolesti nebo bolestí lokalizovanou nejčastěji do oblasti zad, krku a dolních nebo horních končetin. Některé postižené osoby mohou vykazovat specifické symptomy, které souvisejí s částí těla, jež byla útoku pachatele vystavena nejvíce. Oběti orálního znásilnění tak mohou vykazovat různé nespecifické bolesti a komplikace v oblasti úst, zatímco oběti vaginálního nebo análního znásilnění bolesti a komplikace v těchto oblastech, a to nejčastěji bez objektivního somatického nálezu.

Poruchy příjmu potravy

Některé studie uvádějí přetrvávající výskyt pocitů nauzey a častého nutkání ke zvracení nebo také zvýšený výskyt poruch potravy ve smyslu anorexie a/nebo bulimie.

Fobie

U mnoha obětí znásilnění je evidován rozvoj specifických fobických poruch nebo reakcí, a to nejčastěji spojených s podněty, které nějakým způsobem mohou se znásilněním souviset:

- strach z velkého množství lidí,
- strach ze samoty,
- strach z mužů,
- strach ze specifických znaků jako např. plnovous, kudrnaté vlasy, zápach alkoholu nebo cigaret, specifické značky automobilu,
- strach z cizích osob obecně (3, 5).

Fáze renormalizace

V této fázi oběť integruje prožitek znásilnění do svého běžného života. Během této fáze odeznívá většina negativních symptomů a pocitů a nastává plný návrat do běžného života. Doba, za kterou se příznaky traumatu ze znásilnění plně normalizují, je velice individuální a závisí především na traumatických charakteristikách osobnosti, podpoře sociálního prostředí a možných souvislostech sekundární viktimizace (8).

Trauma ze znásilnění je nejčastěji diagnostikováno jako posttraumatická stresová porucha,

se kterou se konceptuálně i diagnosticky překrývá. O traumatu ze znásilnění se tak dá hovořit jako o specifické formě posttraumatické stresové poruchy. Z psychopatologického hlediska není u obětí znásilnění identifikována pouze PTSD, ale častěji též různé formy depresivních poruch (4, 10). Jiní autoři diagnostikovali závažné depresivní poruchy u 43 % obětí znásilnění (10). Současný výskyt deprese a PTSD je uváděn přibližně u 30–50 % obětí znásilnění. Dle longitudinálních studií se příznaky PTSD objevují u 30 % obětí v době 1 měsíc po znásilnění a u 17, 5 % v době 4 měsíců po znásilnění. Více než 40 % ze všech sledovaných vykazovalo spolu s PTSD i symptomy depresivních onemocnění (6).

Klinické souvislosti

„Rape trauma syndrom“ nepředstavuje konkrétní diagnózu, ale spíše souhrnné označení pro nejširší skupinu psychických následků po prožitém znásilnění, a to jak z hlediska jejich symptomatiky, tak z hlediska časového. V klinické praxi ovšem psychiatr musí diagnózu konkretizovat podle MKN-10. V této souvislosti se znásilněním uvažujeme především následující diagnózy.

Bezprostředně po expozici stresoru v podobě znásilnění se velmi často rozvine **akutní reakce na stres** (F 43.0), v těchto případech charakterizována především masivní anxiétou, tenzí, zoufalstvím, smutkem, depresí, sociálním stažením. Ve smyslu předchozího textu je konkrétní podoba akutní reakce na stres v případě znásilnění uváděna jako akutní fáze „rape trauma“.

Daleko závažnější je ovšem případný následný výskyt **posttraumatické stresové poruchy** (F 43.1), kdy se jedná o postižení dlouhodobé a nezávadné i trvalé. Po expozici stresoru, pro ženu extrémně traumatizujícího charakteru, se následně vyskytuje u postižených obětí neodbytné znovuvybavování či znovuprožívání stresu v podobě tzv. „flashbacků“, velmi nepříjemných „živých vzpomínek“, opakujících se snů a prožívání úzkosti při expozici okolnostem připomínajícím nebo spojeným se stresem (tím může být samozřejmě i pohlavní styk jako takový, což nezřídka do budoucna dlouhodobě a často poškozenou ženu limituje v jejím předtím normálním sexuálním životě – často jde bohužel o následek trvalý). Takto postižené ženy se následkem znásilnění pohlavnímu styku vyhýbají. Vlastní znásilnění nemusí být oběti schopny si pamatovat. Momenty z období traumatu si mohou vybavovat buď částečně nebo neúplně (což může být určitým problémem ve forenzní praxi

a může někdy i samotný zvažovaný trestný čin v očích znalce nebo vyšetřujících orgánů zpochybnit). Znalec psychiatr či psycholog musí s tímto možným příznakem posttraumatické stresové poruchy počítat. Oběti postižené posttraumatickou stresovou poruchou obtížně usínají, spí přerušovaně, jsou předrážděné, špatně se koncentrují a jejich chování je charakterizováno dále mj. i úlekovými reakcemi. Platí, že výše uvedené příznaky by se měly projevit v průběhu šesti měsíců od expozice stresoru – znásilnění.

Následkem znásilnění může být pocho-pitelně i **porucha přizpůsobení** (F 43.2), která se objevuje zpravidla do jednoho měsíce po znásilnění (ale nemusí tak tomu být vždy, odstup od expozice stresem může být i delší). Trvání příznaků by nemělo překročit dobu šesti měsíců a obtíže jsou diagnostikovány jakožto krátkodobá depresivní reakce, protrahovaná depresivní reakce, smíšená depresivní a úzkostná reakce, reakce s převládající poruchou jiných emocí s převládající poruchou chování. Příznaky mohou trvat ovšem i déle, než je zmíněných 6 měsíců, kdy stresor sekundární (např. na základě znásilnění vzniklá frigidita) může být faktorem, který přetrvává a symptomatiku anxiózně depresivní ve své podstatě chronifikuje a posiluje.

Při dlouhodobé změně chování postižené je třeba dále zvažovat i diagnózu **přetrvávající změny osobnosti po katastrofické zkušenosti** (F 62.0), která může být charakterizována nepřátelským, nedůvěřivým postojem ke světu, sociálním stažením, pocity prázdnoty a bezna-děje, chronickým pocitem existence na „okrajích“, pocitem trvalého ohrožení, odcizením.

Znásilnění, v případě, že vyvolá u oběti duševní poruchu, lze vždy odškodnit z hlediska bolestného, a to zvláště v případech posttraumatické stresové poruchy. Oběti znásilnění mohou tak být alespoň přiměřeně odškodněny.

Znásilnění má téměř vždy zásadní a masivní dopad na psychiku. Bohužel neplatí, že poškozené ženy automaticky vyhledají pomoc specialisty psychiatra nebo psychologa, což samozřejmě nikterak nezmenšuje jejich následné utrpení. Stejně tak je z praxe znám fakt, že zdaleka ne všechna znásilnění jsou řešena orgány činnými v trestním řízení. Ženy v souvislosti s psychickými obtížemi navazujícími na znásilnění se sice mohou do psychiatrických či psychologických ambulancí dostat, ale jejich obtíže nejsou s tak závažným stresem spojovány, protože o něm poškozené zkrátka nikdy nepromluví. Bohužel pak jde pouze o terapii nikoliv kauzální, ale sym-

ptomatickou, a to až již o terapii psychologickou nebo psychiatrickou.

Forenzní otázky

Psychiatr nebo psycholog znalec hraje v procesu vyšetřování a soudního řízení ve věci znásilnění nezastupitelnou roli. Otázky kladené v této souvislosti směřují nejčastěji ke třem základním okruhům. Tím prvním je otázka věrohodnosti, druhým pak přítomnost traumatických stop v psychice poškozené a třetím je míra případné psychické traumatizace. Z teoretického i čistě praktického hlediska je z pohledu znalce rozdíl mezi zkoumáním věrohodnosti výpovědi znásilněné osoby a mezi stanovením případných následků viktimizace. Při stanovování následků případně míry viktimizace je třeba postupovat jiným způsobem a vycházet z jiných předpokladů než při posuzování věrohodnosti výpovědi. Obě otázky nelze automaticky spojit. Jestliže se od znalce implicitně požaduje, aby z faktu, že shledá nějaké konkrétní následky viktimizace, vyvodil, že výpověď je věrohodná, jde o směřování problémů. Výpověď ve výjimečných případech nemusí být zcela věrohodná, i když ke znásilnění došlo a evidentně jsou přítomny symptomy traumatizace. Opačná logická úvaha však neplatí. Tedy vycházíme z faktu, že nejsou-li přítomny příznaky viktimizace nebo traumatizace, je velmi pravděpodobné, že ke znásilnění nedošlo. Rovněž obsahová analýza výpovědi by v těchto případech měla signalizovat absenci kritérií reality ve výpovědi údajné poškozené osoby.

V podstatě u obou otázek se ovšem vyšetřující orgán nebo soud může zcela oprávněně ptát, zda znásilnění jako takové zanechává na psychice poškozené konkrétní stopy. Toto je otázka, která v jistém smyslu, v souvislosti s předešlou úvahou, souvisí jak s otázkou věrohodnosti, tak s otázkou posuzování možné traumatizace.

Obecně lze na tuto otázku odpovědět podle různých výzkumných studií, tedy empiricky:

- vždy jsou krátkodobé následky (0–6 týdnů),
- u většiny obětí znásilnění se objevují dlouhodobé následky (6 týdnů a déle).

Pojem „většina“ je v různých studiích různý (záleží na designu a metodologii výzkumu). Nicméně incidence se obvykle pohybuje v pásmu až 90 % (3, 4, 6).

Právě díky výzkumům orientovaným na oběti znásilnění je toto na základě empirických zjištění definováno jako delikt se zvláště traumatizujícím potenciálem. Poškozené osoby

patří do kategorie obětí s vysokou vulnerabilitou. Vulnerabilita je v tomto případě definována rozsahem újmy (1, 7).

Dále je nutné vycházet z toho, že dopad znásilnění, ale i jiných trestných činů je ovlivněn třemi faktory:

- previktimní osobností,
- okolnostmi samotného trestného činu,
- reakcí okolí (laického i profesionálního – lékaři, OČTŘ atd.) u deklarovaných obětí.

U previktimní osobnosti je nutné rozlišovat **protektivní a rizikové faktory** (11).

Protektivní faktory ve vazbě na znásilnění nejsou známy. Tj. v současnosti platí poznatek, že u znásilnění hraje nepatrnou či zanedbatelnou roli previktimní osobnost, pokud jde o faktory, které by „tlumily“ traumatizující účinky znásilnění. Tedy dopad znásilnění je na previktimní osobnosti pravděpodobně zcela nezávislý (7, 8).

Rizikové faktory (faktory prohlubující, potencionující účinky traumatizace) naopak s previktimními charakteristikami osobnosti souvisí. Uvádí se jednak osobnostní rizikové faktory, mezi které patří především zvýšená míra dissociativních symptomů nebo poruch, poruchy nebo potíže s identitou, psychopatologické znaky ve smyslu zvýšené depresivity, úzkostnosti nebo emoční lability. Dále se uvádějí situační faktory, mezi které patří především obtížné životní situace (5, 12).

Okolnosti trestného činu, které potencují dopad viktimizace, jsou závislé na tzv. „modus operandi“ pachatele. Tedy vše, co stupňuje pocit existenciálního ohrožení (oběť prožívá strach o svůj život), zvyšuje pravděpodobnost větší traumatizace a pravděpodobný vznik a rozvoj patologických mechanismů vyrovnání se znásilněním ve smyslu PTSD, deprese, suicidalních myšlenek, anxiety, a obecně tedy rozvoji traumatu ze znásilnění. Při hodnocení možné míry dopadu znásilnění na oběť je tedy nutné, kromě jiného, vycházet z analýzy chování pachatele – míra agrese, způsoby kontroly oběti, co pachatel chtěl, aby oběť říkala a dělala, způsoby devalvace oběti atd. Roli pravděpodobně hraje i sekvence chování pachatele bezprostředně po činu – např. vyhrožování, zastrasování, odnášení věcí z místa činu atd. (1, 7).

U známého pachatele je dynamika prožívání oběti poněkud jiná než u neznámého pachatele. Na základě dostupných údajů je pravděpodobné, že známý pachatel může traumatizovat více, protože prolamuje základní iluze tvořící kognitivně emocionální bázi duševní stability,

a proto u oběti musí proběhnout komplexnější kognitivní restrukturalizace v rámci pochodů reintegrace traumat (5).

Reakce okolí po činu může být u deklarovaných (nikoli latentních obětí) vodítkem k zhodnocení jak věrohodnosti činu, tak případného rozsahu následků činu (13).

Kazuistika

Autoři v soudně znalecké, psychiatricko-psychologické praxi vyšetřovali 26letou znásilněnou ženu. V rámci psychologického a psychiatrického vyšetření bylo použito: pozorování, rozhovor, anamnéza, obsahová analýza výpovědi, WAIS III, Wechslerova paměťová škála, Hand test, Rorschachův test, Luscherův test, FDT, Rey-Osterriethova komplexní figura, kresba postavy. Z psychiatrického i forenzního hlediska byl případ znásilněné zajímavý hned z několika hledisek.

Posuzovaná vykazovala podprůměrnou úroveň aktuální intelektové kapacity. Její IQ i kognitivní schopnosti odpovídaly dolní hranici lehké mentální retardace. Nebyly zjištěny znaky žádné jiné závažné poruchy. Netrpěla forenzně významným organickým poškozením mozkových struktur, nebyly přítomny ani znaky jiných organických poškození. Nebylo zjištěno nic, co by snižovalo schopnost adekvátně vnímat, v paměti uchovat a poté i správně reprodukovat. Znalci tedy stáli mj. před úkolem posouzení věrohodnosti mentálně retardované, která se vyznačovala silnou introvertní sociabilitou, labilitou, u níž náročné situace obecně a stres mohly výrazným způsobem ovlivnit její chování a výpověď (v dosavadních výpovědích byly nesrovnalosti, což vedlo k pochybnostem o její věrohodnosti). Stres a náročné situace, jakými byly výsledky, inhibovaly její chování a místy vedly až k úplné nespolehlivosti.

Vyšetřením však nebyly prokázány sklony ani osobnostní rysy disponující ke konfabulacím ani tendenci k patologické lhavosti. U poškozené, na základě aktuálních zjištění, absentovala jednoznačná motivace k nevěrohodné výpovědi či záměrnému zkreslování faktů. Dále bylo zjištěno, že posuzovaná je schopna dobře vnímat, pamatovat si a reprodukovat inkriminované události. Odchytky ve výpovědích byly zdůvodněny výše popsány charakteristikami posuzované, kdy rozhodující charakteristikou byla právě mentální retardace. Obecná věrohodnost byla tedy, s ohledem na její rozumové schopnosti, vyhodnocena jako přijatelná.

Psychika vyšetřované při zběžném posouzení nejevila známky prožitého znásilnění nebo traumatického zážitku. Odpovědi byly zprvu úsečné,

jednoslovné. Na dotaz jak se cítí, opakovaně odpovídala, „dobře“. Psychicky nemocná se necítila a obtíže negovala. Byla vyšetřována opakovaně (3×) a byl jí dán s ohledem na její retardaci i dostatečný čas k tomu, aby s vyšetřujícími navázala kontakt a adaptovala se na prostředí, ve kterém vyšetřování probíhalo. Díky tomu, že jí byl dán prostor, aby se v klidu projevila a mohla i s latentními (mnohdy skutečně dlouhými desítky vteřin) odpovídat na dotazy, se postupně odhalovalo, že se ji „o tom“ (incidentu znásilnění) dost často zdá a že ji „to budí“ a „...musí to jít zapít vodou, aby usnula“. Dále přestala chodit sama na ulici, dokonce i jezdit MHD, a to i do míst vzdálených od místa, kde se trestný čin znásilnění měl stát. Přestala také chodit nakupovat tam, kde byla zvyklá, tudíž nenakupovala, „...až mi táta dal facku“, protože obchod byl blízko místa, kde se „to stalo“ a „táta to nevěděl... neřekla jsem mu to“ a „...myslel si, že jsem líná asi...“. Autoři zjistili, že je nervózní mezi lidmi, že ji musela doma navštívit lékařka – pediatr, protože nepřišla na plánovanou kontrolu se svým dvouletým dítětem (je svobodná matka). Necítí se mezi lidmi dobře, je radši doma a stará se o dítě. Její otec chodí na nákupy místo ní a říká jí, že je „blbá“. Ona může jezdit na nákupy jinam, ale to je daleko, což vzhledem k popsané mentální retardaci již nezvládá. Dále uvedla, že se již nikdy nechce bavit s cizími muži. Při dotazu na předchozí partnerský a sexuální život uvádí, že „povídání a milování s muži“ měla ráda, ale „teď od toho, už nikdy žádného nechce“.

V závěru vyšetření znalci konstatovali, že posuzovaná splňuje prakticky všechna kritéria, která charakterizují posttraumatickou stresovou poruchu, v tomto případě se specifickými rysy pro popisované „rape trauma“. Popsaná kazuistika ilustruje případ, kdy i takto jasně symptomaticky charakterizovaná porucha v souvislosti se znásilněním nebyla bezprostředně rozeznána. Byla to především mentální retardace, introvertní sociabilita, neschopnost navazovat sociální kontakt a tendence posuzované k inhibici chování až úplná nespolečnost, která znalci po celá dvě sezení, vždy dvouhodinová, vlastně zpočátku vůbec neumožnila správně diagnostikovat závažnou duševní poruchu – posttraumatickou poruchu stresovou u mentálně retardované, znásilněné ženy.

Pozn.: Věrohodnost byla posléze potvrzena tím, že se pachatel k činu doznal a byl odsouzen. Pokud je znalcům známo, poškozená nenavštívila nikdy psychiatra ani psychologa, ač u ní byla evidentně prokázána závažná duševní porucha vyvolaná znásilněním.

Diskuze a závěr

Otázka traumatu ze znásilnění, jeho diagnostika a obecně znalecká činnost v souvislosti se znásilněním je velice složitá a náročná. Základní otázkou při posuzování věrohodnosti i míry újmy může být, zda znásilnění jako takové může v psychice poškozené zanechat stopy. V individuálním kontextu platí, že znásilnění zanechává na psychice poškozené osoby vždy určité konkrétní stopy. Dle dosavadních studií má největší vypovídací hodnotu změna životního stylu/způsobu. To znamená, že je třeba u poškozené zkoumat, v čem se změnilo její chování (např. nevychází sama ven, omezuje kontakty a stahuje se do sociální izolace, změnil či zanedbává svůj zevnějšek, má problémy výkonnosti v práci atd.) (4, 9). V menší míře případů je možný i opačný vzorec viktimizace – tj. overreaction, reversal formation atp. projevující se např. promiskuitou. Jsou případy, kdy je oběť zdánlivě asymptomatická, ale změny životního způsobu musí být přítomny. Pro obecný kontext platí, že neexistuje jednotný „psychologický profil“ znásilněné osoby. Výraz „rape trauma“ má statut syndromu a pouze konstatuje, že znásilnění nezůstalo bez psychických následků. Následky viktimizace i v případech znásilnění jsou individuální, každá osoba reaguje individuálně na zažité trauma. V klinické praxi je „rape trauma“ dáváno do souvislosti s PTSP. Následky znásilnění mohou však nabývat i jiných podob klinických obrazů (deprese, anxiózní stavy, disociace atp.).

Na uvedené vlastní kazuistice se autoři pokusili poukázat na některá úskalí forenzního posuzování znásilněné ženy. Poškozená, která kvůli mentální retardaci vzbudila ve vyšetřovateli podezření na nevěrohodnost, protože v náročných situacích, jakými byly opakované výslechy, přestávala spolupracovat a měnila výpovědi, byla shledána jakožto obecně věrohodná. Její změny ve výpovědi byly odůvodněny jednak tím, že náročné situace mohou výrazným způ-

sobem ovlivnit její chování, a tedy i výpovědi. Díky dlouhodobému a trpělivému vyšetření u mentálně retardované bylo diagnostikováno, až v rámci třetího vyšetřování, že je u ní přítomna posttraumatická stresová porucha, která má přímo jako jedno z diagnostických kritérií dle MKN (pro výzkum) i neschopnost si vybavit buď částečně, nebo kompletně některé důležité momenty z období traumatu. Mentální retardaci a posttraumatickou stresovou poruchou tak byly vysvětleny její nesrovnalosti ve výpovědích, při potvrzení její obecné věrohodnosti.

Literatura

1. Čírtková L. Vybrané poznatky z psychologických výzkumů obětí znásilnění. In: Znásilnění. Sborník přednášek. 1. Národní konference. Elektra, Praha 2001: 39–46.
2. Čírtková L. Oběti znásilnění. Kriminalistika 2002: 3.
3. Burgess AW, Holmstrom LL. Rape Trauma Syndrome. Am J Psychiatry 1974; 131(9): 981–986.
4. Tommaso MLD, Shima I, Strom S, Bettio F. As bad as it gets: Well-being deprivation of sexually exploited trafficked women. European Journal of Political Economy, 2009; 25(2): 143–162.
5. Welch J, Mason F. Rape and sexual assault. British Medical Journal, 2007; 334(7604): 1154–1158.
6. Resnick H, Acierno R, Waldrop AE, King L, King D, Danielson C, et al. Randomized Controlled Evaluation of an Early Intervention to Prevent Post-Rape Psychopathology. Behaviour research and therapy 2007: 45(10).
7. Cybulska B. Sexual assault: key issues. Journal of the Royal Society of Medicine 2007; 100(7): 321–324.
8. Kaysen D, Morris MK, Rizvi SL, Resick PA. Peritraumatic responses and their relationship to perception of Great in female crime victims. Violence against women, 2005; 11(12): 1515–1535.
9. Danielson CK, An Amstadter AB, Dangelmaier RE, et al. Trauma-related risk factors for substance abuse among male versus female young adults. Addictive Behaviors 2009; 34(4): 395–399.
10. Resick PA. Victims of sexual assault. In: Victims of crime. London, Sage Publications, 1990.
11. Čírtková L. Policejní psychologie. Portál, Praha 2000.
12. Alexander JG, de Chesnay M, Marshall E, et al. Research Note: Parallel Reactions in Rape Victims and Rape Researchers. Violence and Victims, 1989; 4: 57–62.
13. Ahrens CE. Being Silence: The Impact of Negative Social Reactions on the Disclosure of Rape. American Journal of Community Psychology 2006; 38(3): 263–274.

PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, Ph.D.

Policejní akademie ČR
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
Ke Karlovu 11, 128 01 Praha 2
ptacek@neuro.cz