

III.

**Sexuologická společnost
Česká lékařská společnost J.E.P., Praha**



Výsledky terapeutické kastrace u parafilních sexuálních delikventů

Zvěřina, J., Weiss, P., Hollý, M.

Tato studie výsledků terapeutické kastrace u parafilních sexuálních delikventů byla iniciována a hrazena Ministerstvem zdravotnictví ČR v roce 2014

Úvod

Kastrace muže (z latinského castratio – vykleštění, odejmutí pohlavních žláz) je chirurgický zákrok, při kterém dojde k odstranění varlat. Pro kastraci ve smyslu této definice pak lze užít i termín oboustranná orchiektomie. Kromě odnětí varlat lze použít se stejným účinkem i operaci, při níž je odstraněna pouze hormonálně aktivní testikulární tkáň, přičemž kůra varlete, která pohlavní buňky ani hormony netvoří, se ponechá ve skrotu i s nadvarlaty a chámovody (tzv. „testikulární pulpektomie“). Funkčním důsledkem kastrace je výrazný pokles hladiny testosteronu v krvi, jehož následkem je pokles sexuální apetence na úroveň, kterou je pacient schopen lépe kontrolovat (zachována přitom zůstává extratestikulární, zvláště nadledvinková tvorba tohoto hormonu, tedy asi 5% hodnoty před kastrací) a pacient se stává neplodným. Ani kastrovaný muž však není zcela desexualizován, o čemž svědčí i falopletysmograficky zjištělé reakce na prezentaci optických erotických podnětů (Zvěřina a spol., 1991).

První terapeutická kastrace v našem slova smyslu byla provedena v roce 1892 Forelem ve Švýcarsku. Šlo o léčbu neuralgií pocházejících z varlat u imbecilního hypersexuálního pacienta. Počátkem 20. století se terapeutická kastrace kromě Švýcarska praktikovala také v Holandsku, Německu, Skandinávii včetně Dánska a Islandu. Dánsko také bylo první zemí, kde byla v roce 1929 kastrace legalizována jako léčebná metoda u sexuálních delikventů.

V ČR bylo provádění kastrací upraveno vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. j. LP-276-16.9.1970 "Léčebné zákroky u intersexuálů, transsexuálů a sexuálních deviantů". Bylo možné ji aplikovat na písemnou žádost pacienta, po doporučení ošetřujícího lékaře a po schválení komisí odborníků (urolog, právník, sexuolog, ev. plastický chirurg) jmenovanou ředitelem nemocnice, v níž se uvedený zákrok prováděl.

V současné době jsou terapeutické kastrace u parafilních sexuálních delikventů upraveny v Zákoně o specifických zdravotních službách č. 373/2011 Sb. Provedení terapeutické kastrace na výslovnou žádost pacienta projednává a schvaluje centrální komise, zřízená Ministerstvem zdravotnictví ČR.

Indikace kastrace

Sexuologové a psychiatři v České republice považují terapeutickou kastraci za výkon, který je v dané indikaci součástí široké nabídky terapeutických metod. Není sporu o tom, že jde o výkon výjimečný, vyžadující zvláštní režim. Kastraci lze provést jen na žádost pacienta a po jeho zevrubném poučení o všech důsledcích a souvislostech takové ireverzibilní terapie.

Názory na kastraci u sexuálních delikventů se v mezinárodní odborné veřejnosti různí. Někteří autoři se staví ostře proti, jiní ji vidí jako "akt terapeutického zoufalství" (Schorsch,

1987), další považují kastraci za racionálně odůvodněnou léčebnou metodu (Rose, 1972).

Odpůrci a zastánci kastrace uvádějí argumenty, které lze v zásadě shrnout do osmi tezí (Hamplová a Weiss, 1996):

a) Teze 1: Nehomogenní účinky kastrace na libido vedou některé autory k tvrzení, že pohlavní hormony nejsou rozhodující silou při řízení sexuálního chování. Paradoxní je, že odpůrci kastrace (Heim, 1980) na jedné straně popírají vliv hormonů při vzniku a rozvoji sexuálních deviací, avšak na straně druhé považují blokádu testosteronových receptorů antiandrogeny za přijatelnou alternativu kastrace (Schorsch, 1987).

b) Teze 2: Někteří autoři zpochybňují pozitivní vliv kastrace na redukci recidivity sexuálních delikventů. Závěry o recidivitě kastrovaných a nekastrovaných pachatelů považují za nevalidní, protože dle jejich názoru jsou srovnávány dvě odlišné skupiny osob. Lidé, kteří dají přednost dlouhodobému vězení před kastrací, mohou mít pro recidivu jiné předpoklady než ti, kteří se raději podrobí operaci.

c) Teze 3: Někteří psychoanalytici tvrdí, že efekt kastrace u sexuálních delikventů se realizuje přes jejich nevědomou touhu po potrestání (Sigusch, 1980). Jde o čistě spekulativní argument, který není podepřen žádnými validními daty.

d) Teze 4: Podle některých autorů při aplikaci biologických léčebných metod, mezi něž patří kastrace, nejsou brány v úvahu multifaktoriální etiologické aspekty sexuální deviace (Heim, 1980, Sigusch, 1980, Schorsch, 1987). Avšak právě s ohledem na složitou, pravděpodobně multifaktoriální etiologii sexuálních deviací, nelze považovat omezení terapie pouze na léčbu psychologickými prostředky za účelné.

e) Teze 5: Podle odpůrců kastrace je vliv zákroku na pohlavní aktivitu laboratorních zvířat jen malý (Rogers, 1976, Heim a Hurschová, 1979). Tvrdí, že hormony se uplatňují při vzniku vzorce sexuálního chování, které se pak do značné míry od hormonální kontroly osamostatní. Kastrace však vždy výrazně omezí sexuální aktivitu samečků subhumánních živočichů, i když u různých druhů se výsledky liší a existuje zde i interindividuální variabilita.

f) Teze 6: Kastrace není bez zdravotního rizika (Heim a Hurschová, 1979). Vedlejší účinky kastrace v oblasti somatické i psychické je v těchto případech vždy nutné hodnotit v porovnání s předpokládaným vývojem osobnosti pacienta bez tohoto výkonu.

g) Teze 7: Kastrace není spolehlivá, neeliminuje plně sexuální apetenci (Heim a Hurschová, 1979). Kastrace však obvykle oslabí pohlavní puzení na takovou úroveň, aby bylo lépe kontrolovatelné. Snižuje intenzitu sexuální motivace, i když nemůže změnit její orientaci.

h) Teze 8: Motivem deviantního jednání nemusí vždy být abnormálně silný pohlavní pud, může se naopak jednat o jeho hypofunkci či dysfunkci, v takovém případě pak nemá kastrace

mysl (Wille a Beier, 1989). Zde je protiargument podobný jako v předchozím bodě. Redukce sexuálního pudu na minimální úroveň umožní jeho lepší ovládnání i v případě hypofunkčního sexuálního delikventa (navíc se hypofunkce a dysfunkce u těchto jedinců obvykle projevují pouze v oblasti nedelegantní partnerské sexuality).

Ovšem i ti odborníci, kteří v zásadě terapeutickou kastraci u sexuálních delikventů neodmítají, jsou opatrní v její indikaci. Zvěřina (1983) pokládá doporučení kastrace dospělému muži s dokončeným somatosexuálním vývojem za vhodné jen v případě, že jinak není naděje na úspěšnou sociosexuální adaptaci. Brzek a Ondruch (1982) užití kastrace omezují na případy, u nichž není naděje, že by bez chirurgického zákroku ještě někdy mohli žít mimo uzavřený ústav. Raboch a Nedoma (1970) považují kastraci za indikovanou pouze u těch delikventů, u nichž byla deviace skutečnou příčinou sexuálního deliktu. Omezují ji na případy recidivujících sexuálních agresorů, sadistů (i po prvním deliktu) a recidivujících hetero- a homosexuálních pedofilů. Právě přetvárající společenská nebezpečnost a současná recidivita pacientů opakovaně neúspěšně léčených jinými prostředky přitom bývají nejčastějšími argumenty pro indikaci kastrace (Weiss a spol., 1987).

Efekty kastrace

Kastrace je výrazným zásahem do tělesné i duševní integrity pacienta a její následky jsou pro jeho další život podstatné. Změna hormonálních poměrů v organismu má po této operaci vliv na psychiku, tělesný vzhled, sexualitu i sociální integraci pacienta. Mezi nejčastější změny, pozorované u kastrovaných pacientů, patří následující:

Somatické změny po kastraci: I když kastrace v dospělosti má mnohem méně somatických důsledků než operace před pubertou, určité změny tělesného stavu se přesto mohou projevit. Bremer (1959) uvádí zhoršení zdravotního stavu v souvislosti se zákrokem u 13% z 244 a Langelueddeke (1963) u 61% z 89 operovaných mužů. U obou těchto autorů šlo o závratě, slabost, noční pocení, lehké dechové a srdeční obtíže, pocit tlaku v hlavě a dorsalgie. Sturup (1972) zaznamenal u 7% z 900 pacientů pocit únavy, u 23% občasný třes a u 1% palpitace. V kontrastu s těmito údaji Zimanová se spolupracovníky (1988) zjišťují určité zlepšení zdravotního stavu u 12 ze 17 kastrovaných sexuálních deviantů.

Dle mnoha autorů je častým důsledkem kastrace nadváha. Je zjišťována asi u poloviny operovaných pacientů. Langelueddeke (1963) přitom soudí, že změna hmotnosti závisí na tělesné konstituci. Nejčastější přírůstek hmotnosti byl u pykníků, leptosomové a asthenici mohou i zhubnout. Ovšem tam, kde k obezitě dojde, může být přírůstek hmotnosti značný. Příčinu váhového přírůstku lze vidět především v povšechně nižší motorické aktivitě

kastrovaných mužů při absenci anabolického vlivu endogenních androgenů (Zvěřina a spol., 1991).

Překvapivé jsou pak rozdíly v údajích o incidenci osteoporózy po kastraci – Langelueddeke (1963) ji zjišťuje u 1,1%, Cornu (1973) u 81,6% kastrovaných. Pravděpodobným důvodem těchto rozporů jsou rozdílná kritéria posuzování – i zmíněný Cornu, jež udává mimořádně vysoký počet pacientů s osteoporózou, přiznává, že žádný z těchto případů nebyl vážný. Distribuce podkožního tuku (směrem k ženským tvarům, a to včetně gynekomastie) je po kastraci změněna zhruba u 10% pacientů (Langelueddeke, 1963, Cornu, 1973). S tím, a se změněnými vlastnostmi kůže, asi souvisí vznik tzv. kastrátského obličejce. Jedná se o ssinalou a až nažloutlou svraskalou tvář s mnoha drobnými vráskami. Je popisována asi u čtvrtiny pacientů (Langelueddeke, 1963). Výrazně je ovlivněno ochlupení. Přibližně v polovině případů ho ubývá. Stejně často se po kastraci rozložení pubického ochlupení přibližuje ženskému typu. Úbytek tělového ochlupení se v menší míře může týkat i vousů a netýká se vlasů, kterých může naopak přibývat (Langelueddeke, 1963, Cornu, 1973). Výskyt jednotlivých somatických potíží přitom může být jiný brzo po operaci než po řadě roků či desítkách let, kdy může být obtížné rozlišit důsledek kastrace od přirozených projevů stárnutí (například u osteoporózy). Doba, která uplynula od operace do zjišťování těchto změn v citovaných studiích, bývá velmi variabilní – od 6 týdnů do 20 let.

Psychické změny po kastraci: Z psychických změn po kastraci jsou nejčastěji uváděny astenické a depresivně dysforické symptomy. Trpí jimi 25% až 30% kastrovaných (Weiss a spol., 1987). Téměř u čtvrtiny ze 17 pacientů vyšetřených Zimanovou a spol. (1988) se vyskytly závažné stížnosti týkající se pocitů méněcennosti, depresivity, zvýšené dráždivosti a pocitu životního ztroskotání. Objevila se i psychická traumatizace z pooperačního defektu na genitáliích. Freund (1980) shrnuje, že pacienti si často stěžují zejména na depresi, která je buď lehčí a permanentní, nebo těžší a trvající pouze krátkou dobu po kastraci. Mají také stálé potíže s koncentrací pozornosti.

Na depresi, pocity méněcennosti, izolace a pasivity si stěžovalo také 31 % pacientů Langelueddekeho (1963), 49 % nevykazovalo žádné psychické změny. Naopak 20 % pacientů tvrdilo, že kastrace pozitivně ovlivnila jejich životní styl, cítí se klidněji, vyrovnaněji a stihnou více než před operací.

Cornu (1973) zaznamenal signifikantní pozitivní změny u 40% pacientů, kteří se po operaci cítili šťastnější, aktivnější a celkově v lepší náladě. 32% se po zákroku cítilo naopak hůř – stali se depresivními, trpěli pocity méněcennosti a izolovanosti. Tauš a Sušická (1973) upozorňují i na možnost zvýšení paranoidity po této operaci. Bremer (1959) a Sturup (1966)

uvádějí 1,8% sebevražd mezi svými kastrovanými pacienty a Zvěřina a spol. (1991) pokus o suicidium u 5 z 84 vyšetřených pacientů, nicméně u obou těchto autorů bez prokázané souvislosti s operací.

S psychickým stavem po kastraci souvisí i hodnocení vlastního zákroku pacienty. Téměř ve všech výzkumech převažuje spokojenost s výsledkem kastrace – od 41% u Sturupa (1972) po 90% u Bremera (1959). Podle Cornua (1973) by se téměř tři čtvrtiny jeho pacientů rozhodlo pro operaci znovu. Jsou spokojeni zejména proto, že vymizel jejich abnormální sexuální pud, což považují za účinnou prevenci před uvězněním. Výsledky výzkumu Zimanové a spol. (1988) svědčí o zlepšení celkové životní spokojenosti, která je úzce spojena s celkovým klidem a vyrovnaností, téměř u tří čtvrtin pacientů. Celková spokojenost koreluje se zvýšením společenského uplatnění, zlepšením zdravotního stavu, pozitivními povahovými změnami a se zachováním potřeby pohlavního vybití. Po zvážení své současné životní situace by se znovu pro operaci rozhodla většina pacientů. Zbytek je přesvědčen, že by svou deviaci zvládl i bez kastrace. Zajímavé je, že pro operaci by se znovu rozhodli hlavně ti, u nichž byla dosud zachována potřeba pohlavního vybití a schopnost souložit. I většina z 21 nespokojených z celkem 84 pacientů vyšetřených Zvěřinou a spol. (1991) uvedlo jako důvod své nespokojenosti chybění sexu v životě.

Změny v sociální adaptaci: Není sporu o tom, že recidivita pacientů se po zákroku výrazně snižuje. Možnost sociálního zařazení je tedy po operaci podstatně větší, protože není omezována častými pobyty ve věznicích a psychiatrických léčebnách. Wille a Boulanger (1984) například uvádějí, že sociální adaptace se zlepšila u dvou třetin z jejich 32 pacientů a u žádného nebyly zaznamenány problémy v této oblasti. Větší pracovní spokojenost po kastraci udává 65% pacientů Zimanové a spol. (1988), zvýšenou pracovní výkonnost 24% pacientů Langelueddekeho (1963) a 16% Cornua (1973). Wille a Beier (1989) však v longitudinální studii trvající 11 let zjišťují, že do důchodu odešel větší počet kastrovaných sexuálních delikventů než těch, kteří o kastraci žádali, avšak byli z různých formálních důvodů odmítnuti. Ve studii Zimanové a spol. (1988) se po kastraci zlepšily partnerské vztahy u 42% pacientů. Stejný počet neměl žádný vztah, po operaci však žilo v trvalém partnerském vztahu více pacientů než před ní. V souboru vyšetřených Zvěřinou a spol. (1991) žilo po kastraci ve stabilním partnerském heterosexuálním vztahu celkem 21% pacientů. Wille a Beier (1989) neudávají signifikantní změny v partnerských vztazích po kastraci. Podle opakovaných zjištění (Wille a Boulanger, 1984, Zvěřina a spol., 1991) kastrace nemá vliv na recidivitu pacientů v oblasti nesexuální delikvence.

Vliv kastrace na sexualitu: Jak už bylo zmíněno, kastrace má silný redukční vliv především na sexuální apetenci. Experimenty na zvířatech (Beach, 1944, Michael a Wilison, 1974) i katamnestické sledování pacientů po této operaci však ukazují na velkou interindividuální variabilitu ovlivnění sexuálního chování kastrací. Důvody této variability nejsou přesně známy. Na přetrvávání sexuality po zákroku se pravděpodobně podílí fyziologické i psychologické faktory a jejich variabilita je asi podkladem rozdílů v rychlosti ústupu sexuální aktivity. Mezi psychologické činitele může podle některých autorů patřit předkastrační a postkastrační sexuální zkušenost (Madlafousek a spol., 1976). Jiní vysvětlují tuto variabilitu postojem pacienta ke kastraci, resp. jeho očekáváním od této operace (Heim a Hurschová, 1979). Z fyziologických činitelů se mohou uplatňovat individuální rozdíly v množství androgenů tvořených kůrou nadledvin, které více či méně kompenzují ztrátu testikulární produkce (Eglie a Altwein, 1975). Struktury centrálního nervového systému zodpovědné za pohlavní chování možná mohou přetrvávat ve stavu aktivace způsobené testosteronem i po odstranění hlavního zdroje tohoto hormonu (Beach, 1944). Podráždění pahýlu spermatického nervu snad může vyvolat sexuální myšlenky a zvýšit apetenci reflexním působením na ostatní pohlavní orgány (Hammond, 1934). Šlo by o mechanismus podobný tzv. fantómovým bolestem. Z dalších faktorů ovlivňujících postkastrační sexualitu je uváděn věk v době operace a druh deviace. Výsledky výzkumů jsou však v této oblasti značně rozporné. Cornu (1973) například zjistil nejrychlejší vymizení sexuálního pudu u skupiny kastrovaných ve věkovém rozmezí 26–40 let. Podle Bremera (1959) naopak sexuální apetence nejdéle přetrvávala u skupiny 20–49letých ve srovnání s mladšími i se staršími. Heim (1981) zaznamenal nejsilnější efekt kastrace na sexuální chování u mužů operovaných mezi 46. a 59. rokem, zatímco sexuálně neaktivnější byli jeho pacienti operovaní do 45 let. Podle Heimova (1981) výzkumu jsou po kastraci sexuální agresori pohlavně aktivnější než homosexuálové a pedofilové, což podle tohoto autora snižuje použitelnost metody u těch nejnebezpečnějších deviantů. Bremer (1959) nenalezl žádnou kvantitativní odlišnost v redukci sexuálního pudu mezi heterosexuály a homosexuály.

Žádný z výzkumů samozřejmě nezjistil, že by se po kastraci změnila sexuální orientace. Wille a Beier (1989) uvádějí, že pedofilové se i po kastraci snaží vyhledávat zaměstnání, ve kterém mohou přijít do fyzického kontaktu s dětmi. Již ve třicátých letech 20. století Hackfield (1933) vyzoroval, že efekt kastrace na sexualitu se nemusí projevit hned po zákroku. Odborníci proto doporučují propouštět kastrované pacienty z nemocniční péče až 5–6 měsíců po zákroku (Sturup, 1972, Wille a Beier, 1989). Nicméně u značné části pacientů dojde k podstatné redukci sexuální apetence záhy po operaci – Cornu (1973) pozoroval

rychlou asexualizaci u 89%, Langelueddeke (1963) u 65%, ale Heim (1981) pouze u 36% svých pacientů. V pozorování Zvěřiny a spol. (1991) uvedli výrazný pokles sexuální aktivity všichni kastrovaní muži bez výjimky.

Schopnost soulože zůstává často zachována, i když výsledky se zde liší – od 3% pacientů Sturupa (1972) po 31% pacientů Heima (1981) uvádí schopnost koitu i po letech po operaci. Podle Zvěřiny a spol. (1991) je schopno alespoň občas dosáhnout orgasmu (koitem, nekoitálními aktivitami nebo masturbací) 50% kastrovaných pacientů. Dokladem toho, že elementární sexuální reakce nejsou závislé na hladině androgenů, je podle uvedených autorů i skutečnost, že téměř polovina jejich pacientů u sebe pozoruje občasné ranní erekce a více než třetina z nich občas onanuje. Ejakulát pacientů po kastraci samozřejmě neobsahuje spermie a subjektivní prožívání orgasmu je méně intenzivní než před zákrokem.

Z uvedeného je patrné, že individuální variabilita postkastrační sexuální aktivity je sice značná, nicméně kastraci lze považovat za úspěšnou i když nedojde k plnému vymizení sexuální apetence a reaktivity. Podstatné je, zda je její redukce tak velká, aby umožnila volní kontrolu případného deviantního puzení, tedy aby zabránila případné recidivě sexuálně delikventního jednání.

Etika

Etické výhrady k terapeutickým kastracím se vztahují ke dvěma otázkám: a) zda je kastrace léčbou anebo spíše trestem a b) zda se pro ni pacient rozhoduje opravdu dobrovolně. Heim a Hurschová (1979) tvrdí, že kastrace je trest společnosti provedený chirurgickými prostředky. Dle Moneyho (1978) je jejím účelem připravit devianty o jednu ze základních lidských potřeb, potřeby tělesné a pohlavní blízkosti a vůbec lidského tepla. Sigusch (1980) považuje kastraci pouze za znetvořující zákrok, jehož tělesné, psychické a sociální účinky nebyly dostatečně prozkoumány. Tvrdí, že je to trest za činy, které budou zítra posuzovány jen jako nepřístojnost.

Věznění nebo v psychiatrické léčebně internovaní pachatelé závažných sexuálních deliktů si podle Heima a Hurschové (1979) mohou vybrat mezi dvěma zly: ztratit svoji "mužnost" nebo svobodu na dlouhá léta, popřípadě navždy. Wille a Boulanger (1984) s jejich názorem, ač jinak proti kastraci nejsou, v zásadě souhlasí. Uvádějí, že ač jejich kastrovaní pacienti zákroku nelitovali, přesto se jasně kriticky vyjádřili k terapeutické fikci svobody v zákoně o kastraci.

Je zřejmé, že pro kastraci či jakoukoliv jinou operaci se málokdo rozhoduje zcela svobodně, vždyť i při rakovině varlat si pacient vybírá mezi dvěma zly. Sexuální delikvent pak stojí před rozhodnutím, zda přijde o varlata nebo o svobodu. Rozdíl je jen v tom, že v prvním případě jsou determinující faktory biologické a v tom druhém společenské. Kritici

kastrace často neberou v úvahu nejen zájmy potenciálních obětí, ale také moment důležitý pro samotné pacienty. Abnormální sexuální touhy mohou být zdrojem frustrace a utrpení a operace pak může znamenat možnost osobní svobody pro člověka, který by jinak trávil život stále ve vězení či v psychiatrických léčebnách. Podle Willeho a Beiera (1989) pokud budeme brát vážně pacientovo právo na svobodu a současně i normy sociální etiky, pak bude vždy nutné nést odpovědnost i za pouze částečně uspokojivé řešení – kastraci, pokud nakonec slouží i dobru pacienta a jeho biopsychosociálních vztahů.

Nespornou mezinárodní autoritou v oblasti terapie sexuálních delikventů je organizace IATSO (International Association for the Treatment of Sexual Offenders). Tato publikuje a pravidelně aktualizuje zásady této terapie (www.iatso.org). Z nich stojí za zmínku alespoň taxativně vyjmenované postuláty: jako terapeutické postupy jsou uvedeny psychoterapeutické techniky různého druhu. Z biologických terapií antiandrogeny, antidepresiva a psychofarmaka. IATSO se opakovaně vyslovuje proti terapeutické kastraci, kterou považuje za obsoletní a eticky spornou metodu. Domníváme se ovšem, že aplikace terapeutické kastrace za podmínek dobrovolnosti a poučeného souhlasu pacienta není v žádném případě v rozporu s etickými zásadami IATSO.

Zásady:

1. Lze mít za prokázané, že některé léčebné postupy snižují riziko recidivy sexuálního deliktu
2. Parafilní delikventi nemívají pocit, že jejich sexuální delikty jsou výsledkem něčeho patologického. Terapie je proto především jejich volba (jde o „elektivní proces“)
3. Vyšetřování a léčení sexuálních delikventů vyžaduje speciální znalosti a dovednosti, které nebývají součástí běžných edukačních programů.
4. Terapie by měla snížit riziko recidivy a zvýšit kvalitu života pacienta.
5. Biologická terapie má být vždy doprovázena psychoterapeutickým působením.
6. Trpí-li pacient kromě parafílie též jinou psychopatologií, je třeba léčit oba stavy
7. Možných léčebných postupů je celá řada a terapeut musí z nich volit ty nejadekvátnější
8. Léčebný plán může zahrnovat podávání psychofarmak, která snižují sexuální aktivitu a naléhavost sexuálních motivů
9. Odborníci, kteří tuto léčbu provádějí, musejí být speciálně připraveni pro práci v trestně právní problematice
10. Sexuální delikventi často vyžadují delší sledování po provedené léčbě. To by mělo být zabezpečeno

11. Není etické zatěžovat pacienta takovými úkony, které nejsou pro jeho vyšetřování a léčení nezbytné
12. Aby bylo možné odborníky, právníkou veřejnost i veřejné mínění přesvědčit o účelnosti léčby mají se odborníci podílet na vědeckém vyhodnocování léčebných postupů
13. Terapeuti musejí být připraveni vystupovat ve věci svých pacientů před soudy
14. Sexuální delikventi mají stejná práva na ochranu soukromí jako ostatní pacienti, s výjimkou toho, kde zákon stanoví jinak (zprávy soudům, obsílky)
15. Sexuální delikventi nesmějí být diskriminováni na základě věku, pohlaví, rasy, přesvědčení, víry a podobně.
16. Terapeut má k pacientovi přistupovat s důvěrou a respektem. Pokud není schopen cítit k pacientovi a jeho deliktům soucit, měl by to zřetelně vyjádřit ve zprávách o léčení.

Jiná mezinárodní organizace, Světová federace společností biologické psychiatrie (WFSBP) publikovala nedávno své zásady biologické léčby parafilí (Thibaut, F. et al. 2010), kde se velmi podrobně probírají různé metody. Zmíněna je i kastrace jako metoda volby, dostupná v některých státech.

Recidivita

Z hlediska recidivity jsou dostupná data o výsledcích terapeutické kastrace u nás plně srovnatelná s výsledky podobně zaměřených pracovišť v jiných zemích, na příklad v USA, Německu, Velké Británii či Holandsku, a jednoznačně potvrzují oprávněnost našeho modelu specializované léčby parafilních sexuálních delikventů. Recidivita je u nás přitom zjišťována – jak plyne i z české právní úpravy podmínek léčby sexuálních deviantů – u jiného souboru pacientů než v zahraničí. Naprostá většina z těchto mužů je u nás odesílána do léčby nedobrovolně, tedy na základě výroku soudu, zatímco v jiných zemích je tato léčba v naprosté většině dobrovolná (i když často na doporučení soudu) a pacient ji může odmítnout nebo přerušit. Navíc většinu našich pacientů tvoří deviantní pachatelé, přičemž – jak plyne už z uvedené analýzy Hansona a Bussiéra (1996) je deviance faktorem, který nejvíce zvyšuje pravděpodobnost recidivy sexuálně delikventního chování.

Dle údajů ze tří specializovaných oddělení, zaměřených na ústavní léčbu sexuálních delikventů (PN Horní Beřkovic, PN Praha 8, Bohnice, PN Kosmonosy) prošlo těmito odděleními v době od jejich založení do června 1995, kdy bylo poslední katamnstické sledování provedeno, celkem 953 pacientů (Weiss, 1999). Z hlediska diagnostického šlo

především o pedofily (33 %), exhibicionisty (27 %) a sexuální agresory (26 %). Během léčby požádalo o chirurgickou kastraci celkem 84 pacientů (tedy 8,8 % všech léčených), především sadistů, sexuálních agresorů a pedofilů. Kriminální recidiva sexuálně delikventního chování pak byla zaznamenána u 163 propuštěných pacientů (tj. 17,1% všech léčených), mezi nimiž převládali exhibicionisté a sexuální agresori. Z pacientů po kastraci nezrecidivoval žádný.

Dále je pro hodnocení úspěšnosti českého modelu ochranné sexuologické léčby k dispozici údaj o recidivitě pacientů za desetileté období (roky 1987–1996) ústavní léčby na sexuologickém oddělení v Psychiatrické léčebně v Praze Bohnicích, které bylo vyhodnoceno katamnestickou anketou. Ze 316 pacientů, kteří léčení absolvovali, byla oslovena větší část se známým bydlištěm. Odpověděly 103 osoby. Z celého souboru respondentů deviantní aktivitu zopakovalo, vesměs v méně nebezpečné formě, 10% propuštěných z léčebny (Brihcín a spol., 1997).

Hall (1995) provedl meta-analýzu 12 studií výsledků léčby a prokázal, že léčba i při splnění těch nejpřísnějších metodologických kritérií prokazuje jednoznačnou účinnost. Ke snížení recidivity vedly především hormonální terapeutické metody, méně pak programy behaviorální. Výzkumy byly založeny na průměrném 6,9 letém katamnestickém sledování, při kterém zrecidivovalo 19% léčených a 27% z kontrolní skupiny neléčených sexuálních delikventů. Některé **behaviorální léčebné programy** se zaměřily na terapii určitých diagnostických skupin pacientů. Data, týkající se recidivity exhibicionistů po léčbě, variiují dle různých terapeutických programů tohoto charakteru i dle různých autorů od 5 % do 71 %. Například Rooth a Marks (1974) zjistili recidivu až u 67 % svých pacientů léčených pouze averzivní terapií. Při užití stejné metody měl však Evans (1967, 1970) výsledky poněkud lepší: 29 % do jednoho roku a dalších 14 % do tří let. Averzivní terapie a skrytá senzitivace snížila recidivitu pod 25% u 155 exhibicionistů v Maletzského (1980) souboru.

Z hlediska efektivity léčby behaviorálními metodami lze uvést i výsledky výzkumu Riceho a spol. (1991), kteří sledovali katamnesticky 136 pachatelů extrafamiliárního sexuálního zneužití, z nichž 50 se podrobilo averzivní terapii. Za průměrnou dobu sledování šesti let zrecidivovalo sexuálně celkem 31 % jejich souboru, přičemž absolvování averzivní léčby neměla na recidivitu vliv žádný. Výsledky výzkumu Quinseyho a spol. (1980) však po této terapii při použití elektrických averzivních podnětů svědčily o snížení deviantního vzrušení u většiny jejich pedofilních pacientů (případná recidiva zde sledována nebyla).

Přehled výsledků behaviorální terapie podává i Bancroft (1978). Plyne z nich, že po 6–12 měsíčním sledování recidivuje asi třetina léčených pedofilů a více než polovina exhibicionistů. Při zkoumání vlivu averzivní terapie většina badatelů zjišťuje, že tato metoda

je schopna snížit deviantní vzrušení (Maletzky, 1991, Marshall a spol., 1983, Quinsey a spol., 1980) a snížit recidivismus (Maletzky, 1993), jak však uvádí McConaghy (1993), snížení počtu deliktů dosahuje spíše jen zvýšením schopnosti pachatele kontrolovat své projevy než skutečným klasickým podmiňováním jeho chování.

Z hlediska výsledků **psychoanalytické terapie** lze uvést například data Schorsche a spol. (1990), podle nichž během půlročního až pětiletého sledovaného období kriminálně zrecidivovalo 27% psychoanalyticky léčených pacientů jejich souboru.

Recidivita pacientů různých diagnostických skupin se liší. Podle údajů Zimanové a spol. (1987) ve sledovaném období 6 až 10 let po absolvování léčby z celkem 137 jedinců zrecidivovalo 54 % pacientů s diagnózou polymorfní deviace, 47% sexuálních agresorů, 35% exhibicionistů, ale pouze 20% pacientů s diagnózou homosexuální a 15% s diagnózou heterosexuální pedofilie. Podobně podle přehledu Maletzkého (1991), který na základě výsledků studií ambulantních léčebných programů v předcházejících 17 letech a zahrnujících více než 5 tisíc pacientů s různými deviacemi po 1–17letém sledování, je podstatně vyšší recidivita sexuálních agresorů: těch zrecidivovalo 14% ve srovnání s 1,3% heterosexuálních pedofilů. I podle závěrů Marshalla a spol. (1991) svědčí výsledky behaviorálních a kognitivně behaviorálních terapeutických programů o tom, že je lze úspěšně aplikovat především u pedofilů a exhibicionistů, zatímco neexistují důkazy, že by byly efektivní v případě sexuálních agresorů.

Při sledování výsledků **hormonální léčby** bylo zjištěno, že z hlediska snížení recidivity u sexuálních delikventů je například terapie cyproteron acetátem vysoce účinná. Neumann a Kalmus (1991) sumarizovali výsledky studií zaměřených na výsledky léčby CPA a konstatovali, že recidivita sexuálního deliktu u léčených deviantů se pohybovala mezi 0,5 až 4%. Efektivitu terapie medroxyprogesteron acetátem prokazuje například studie Meyera a spol. (1992), kteří léčili Proverou 40 deviantních pacientů, hlavně pedofilů. Za 6 měsíců až 12 let sledovaného období zrecidivovalo 18 % léčených pacientů a 35 % z nich po ukončení léčby. I tato recidivita však byla podstatně nižší než 58 % v kontrolní skupině těch, kteří farmakoterapii odmítli.

Snížení recidivity sexuálně delikventního chování pacientů po **kastraci** poskytuje nejdůležitější argumenty pro obhájce tohoto zákroku. Jak plyne z přehledu uváděného Hamplovou a Weissem (1996), opakování sexuálního deliktu po kastraci vzácné (od nuly po 7% u různých autorů). Uvedená data svědčí jednoznačně o úspěšnosti kastrace jako metody k zabránění opakování sexuálních deliktů. Je patrné, že recidivita pacientů před kastrací se pohybovala mezi 25 a 100%, zatímco po určeném sledovacím období (u naprosté většiny

autorů se zde jednalo o období 5–10 let po zákroku) klesá na několik málo procent. Zvláštní hodnotu mají práce Cornua (1973) a Willeho a Beiera (1989). Cornu sledoval recidivitu nejen u 121 kastrovaných sexuálních delikventů, nýbrž i u 50 dalších, jimž byla orchiektomie doporučena ze stejných důvodů jako první skupině, avšak byla pacienty odmítnuta. Recidivita pacientů před kastrací byla 7%, u kontrolní skupiny 66%. Během 5 až 30 let po kastraci zrecidivovalo 5,8% operovaných pacientů. Ve skupině nekastrovaných byla ve stejné době recidivita bezmála desetinásobná (52%).

Wille a Beier (1989) vyloučili psychicky nemocné a ty, kteří spáchali před kastrací sexuální delikt, který nebyl postihnutelný německými zákony. Rovněž použili srovnávací skupinu odpovídajícího věku, inteligence a druhů trestních činů. Tři procenta kastrovaných zopakovala po zákroku trestný čin sexuálního charakteru. Je to signifikantně méně než 46% u mužů kontrolní skupiny. Statisticky významný však nebyl rozdíl v recidivitě nesexuálních trestných činů. Tito autoři tedy uzavírají, že kastrace specificky snižuje pouze výskyt sexuálních deliktů.

Jiným zajímavým zjištěním je vyšší recidivita u pacientů, kteří měli před kastrací více než jeden delikt (23%), ve srovnání s muži, kteří se podrobili odnětí pohlavních žláz hned po svém prvním sexuálním trestném činu (1,2%) (Sturup, 1972). Koresponduje to s dřívější zkušeností, podle které je nejvyšší pravděpodobnost recidivy u jedinců, kteří mají v trestním rejstříku nejvíce sexuálních trestných činů (LaMaire, 1956).

Obecně je zastáván názor, že parafilní sexuální motivace je dlouhodobou, prakticky celoživotní vlastností subjektu. A že tedy recidivu sexuálního deliktu je možné očekávat i po velmi dlouhé době od původních deliktů. Zmíněná guidelines Společnosti biologické psychiatrie doporučují, aby biologická léčba parafilního sexuálního delikventa trvala dostatečně dlouho, až více než tři roky. U skutečně rizikových případů je ovšem sporné, je-li možné podávání psychofarmak, nebo hormonálních přípravků po dobu řadu let bezpečně a spolehlivě zajistit. Právě v dlouhodobém efektu vidíme hlavní přednost terapeutické kastrace.

Cíl studie

Po předběžných průzkumech jednotlivých sexuologických pracovišť jsme požádali sexuologická oddělení psychiatrických nemocnic a sexuologické ambulance, aby zpracovaly informace a zkušenosti, které mají s těmi parafilními sexuálními delikventy, u kterých byla provedena terapeutická kastrace. Lékaři vyplnili se zkoumanými pacienty zaměřený dotazník. Předali také respondentům, specifický dotazník, určený pacientům, kteří jej zcela anonymně zasílali zpracovatelům studie do Sexuologického ústavu LF UK a VFN v Praze. Zaměřili jsme se v obou popsanych částech studie především na indikace, vedoucí k chirurgickému výkonu a na jeho efektivitu ve vztahu ke specifické recidivitě sexuální delikvence. Také na somatické i psychické problémy, se kterými se kastrování sexuální delikventi ve svém životě setkávají. Specifickou pozornost jsme věnovali anonymním informacím, poskytnutým ve druhé části studie samotnými pacienty ve vztahu k rozhodování o této radikální léčebné metodě a jejich nezávislému hodnocení jak procesu rozhodování o léčbě, tak psychickým, tělesným a sociálním důsledkům kastrace v jejich životě po výkonu. Provádění kastrace byla donedávna v ČR upraveno vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. j. LP-276-16.9.1970 "Léčebné zákroky u intersexuálů, transsexuálů a sexuálních deviantů". Bylo možné ji provést pouze na písemnou žádost pacienta, po doporučení ošetřujícího lékaře a po schválení komisí odborníků (urolog, právník, sexuolog, ev. plastický chirurg) jmenovanou ředitelem nemocnice, v níž se uvedený zákrok prováděl. V současné době je tento výjimečný chirurgický výkon prováděn u parafilních sexuálních delikventů podle Zákona o specifických zdravotních službách. Terapeutická kastrace se provádí pouze na žádost pacienta, se souhlasem ošetřujícího lékaře a po schválení Centrální komisí MZd ČR. Z časového hlediska plyne, že naprostá většina námi zkoumaných a dotazovaných respondentů byla podrobena výkonu podle původní zmíněné vyhlášky.

Spolupráci na tomto projektu přijala všechna sexuologická oddělení psychiatrických nemocnic (Bohnice, Brno, Dobřany, Horní Beřkovic, Kosmonosy) a také ambulantní sexuologická pracoviště (Sexuologický ústav VFN Praha, Sexuologické oddělení FN Brno).

Výsledky

Výsledkem spolupráce zúčastněných sexuologických pracovišť a sexuologů bylo 50 vyplněných dotazníků, které s kastrovanými parafilními delikventy vyplnili lékaři. Pacienti sami nám zaslali celkem 43 anonymních dotazníků, které vyplňovali a odeslali sami.

A. Dotazníky, vyplněné lékaři

Získali jsme data o celkem 50 případech kastrovaných parafilních sexuálních delikventů. Charakteristiky tohoto souboru byly následující:

Věk aktuálně: 24 – 72 roků ($x=42,88$ $s=10,47$, Medián: 42)

Věk při kastraci: 18 – 61 roků ($x=31,52$ $s=10,61$ Medián: 29,5)

Doba od terapeutické kastrace byla 2 až 24 roků ($x=11,44$ $s=5,83$)

Rodinný stav aktuálně: ženatý 7

ostatní 43

Rodinný stav před kastrací: ženatý 8

ostatní 42

Počet dětí: děti mělo celkem 11 vyšetřených (20% souboru), z toho 4 respondenti měli 2 děti, 2 respondenti 3 děti a 5 respondentů po jednom dítěti.

Stálý partnerský vztah mělo před kastrací 15 respondentů (30%), a má aktuálně 17 (34%).

Zaměstnání aktuálně: Ano 21 Ne 15; v invalidním důchodu:14

Sexuální orientace (podle lékaře):	Homosexuální	11
	Bisexuální	2
	Heterosexuální	36
	Neuvedeno	1

Počet sexuálních trestných činů před kastrací

Žádný trestný čin	5
Jeden	20
Dva	14
Tři	5
Více:	6 (5 – 9)

Povaha deliktů:

Pohlavní zneužívání dětí	23
Znásilnění a pokus o znásilnění	23
Sexuálně motivovaná vražda:	4

Nesexuální trestné činy před kastrací: celkem 15 /27%/

Po kastraci 10 /20%/

Pohlaví obětí sexuálních deliktů:

M: 11; Ž: 33; Obě: 6

Věk obětí: od 5 do 57 roků, u několika sériových delikventů byl věkový rozptyl obětí poměrně veliký (na příklad 8 – 44 roků, nebo 26 – 64 roků).

Diagnostické závěry lékařů:

Povaha parafílie:

Pedofilie HS 6 / z toho pedofilní HS sadismus 2/

Pedofilie HT 12 / z toho pedofilní HT sadismus 2/

Sadismus, sadomasochismus 17

Patol.sex.agresivita 15

Vedlejší sexuologické dg.: 1 x Transvestitismus 1x voyerismus 1x pyrofilie

Psychiatrické komorbidity:

Mentální retardace 17 (34%) / z toho ve dvou případech na rozhraní lehké a střední retardace

Porucha osobnosti 40 (80%)

Abúzus alkoholu a drog 15 (30%)

V ústavní ochranné léčbě je v době vyšetření 6 respondentů, z toho 1 v detenčním zařízení pro nesexuální násilný delikt. V ambulantní ochranné léčbě je 24 respondentů, zbytek ochranné léčení již ukončil. 5 respondentů není v pravidelné lékařské dispenzarizaci, 30 dochází k dispenzárním kontrolám pravidelně, 15 zcela nepravidelně.

Specifická recidivita:

Sexuální delikt po kastraci spáchali 2 respondenti (4% souboru) V obou případech se jednalo o pohlavní zneužívání dětí, u jednoho dívek a u druhého dětí obou pohlaví.

Nesexuální delikt po kastraci je uveden u 10 respondentů (20%). Jednalo se u 8 mužů o delikty majetkové povahy, u dvou pak o delikty agresivní (ublížení na zdraví, jednou s následkem smrti oběti). Před kastrací bylo nepodmíněnými tresty odnětí svobody trestáno celkem 34 respondentů. Délka absolvovaných trestů se pohybovala od 1 do 20 roků. Nepodmíněné tresty po kastraci jsou hlášeny u 15 respondentů, jeden je umístěný v ochranné detenci.

Somatické problémy po kastraci:

Obezita	18 (36%)
Ztráta na váze	10 (20%)
Únavnost	9 (18%)
Občasný tremor	5 (10%)
Palpitace	3 (6%)
Gynekomastie	8 (16%)
Úbytek tělesného ochlupení	19 (38%)

Výsledky denzimetrie kostní tkáně jsou k dispozici u 35 vyšetřených, prakticky u všech se konstatuje osteopenie, u 10 z nich (30%) doporučena medikamentózní terapie tohoto stavu.

Psychické problémy po kastraci

Pocity méněcennosti	7
Deprese	8
Předrážděnost	10
Vyšší agresivita	5
Pocity izolace	8
Paranoidita	5
Žádné psychické problémy	25

Abusus alkoholu před kastrací uveden u 15 (30%), po kastraci u 7, z toho 3 jsou aktuálně protialkoholně léčeni. Abusus jiných drog před kastrací zjištěn u 7 respondentů, po kastraci u jednoho (pervitin).

Lékaři též hodnotili celkový **psychický stav po kastraci ve srovnání se stavem před kastrací:**

Zlepšení	30
Zhoršení	3
Beze změny	17

Sexualita po kastraci:

Výrazné snížení apetence	25
Ztráta apetence, úplný nezájem	12
Ztráta orgasmu	8
Beze změny	5

Některé charakteristiky, kterými lékaři doplnili vyplněný dotazník o pacientovi:

„Optimista“

„Spokojený, ztráta apetence, ani to, že nemá partnerku, mu nevádí“

„ Je spokojen s průběhem“

„Dobrá sebekontrola“

„Vadí mu, že nebude mít dítě“

„Je s kastrací spokojený“

„Napsal knihu ve prospěch sexuální osvěty pro veřejnost“

„Přirozený úbytek sexuální touhy bez vlivu na erektilní funkci“

„Psychiatricky hospitalizován pro psychotický stav bez souvislosti s parafilii“

„Spokojen s psychickým stavem, nespokojen se sexem“

„Nekritický, jen formální spolupráce“

B. Dotazníky, vyplněné a doručené respondenty anonymně

Získáno celkem 43 těchto dotazníků.

Charakteristiky souboru:

N = 43

Věk aktuálně: 24 – 72 r., 1x neuveden ($x = 45,63$ $s = 9,87$)

Věk při kastraci: uvedlo 37 respondentů, 6x neuveden

18 – 61 r. $x = 33,68$ $s = 11,58$

Doba od kastrace: 2 – 24 r. $x = 11,74$ $s = 5,57$ uvedlo 39, 4x neuvedeno

Vychován byl: V úplné rodině 25
 V neúplné rodině 14
 Neuvedeno 4

Vzdělání: Základní 21
 Vyučen 15
 SŠ s maturitou 3
 VŠ 2
 Neuvedeno 2

Rodinný stav: ženatý před kastrací: 6; ženatý aktuálně: 7 (neuvedeno 3x)

Děti má 8 respondentů, neuvedeno 3x (4x1, 2x2, 1x3, 1x4)

Sexuální život: první pohlavní styk ve věku: 13 – 31 ($x = 18,21$ $s = 4,75$ $N = 24$)

Nemělo styk: 12, neuvedlo: 7

Počet sexuálních partnerek celoživotně: 1 – 19 $N = 20$

Odpovědi nehodnotitelné: 3 (700-800/ 1994/ „hodně“/

Žádný partnerský sex: 12

Neudáno: 4

HS partneři: 2 respondenti, jeden jednoho, druhý „hodně

Partnerský sex po kastraci: ano uvedlo 17 respondentů, když 7 na tuto otázku neodpovědělo a 19 nemělo po kastraci žádný partnerský sex.

Zaměstnání před kastrací: ano	18
Bez práce	14
V invalidním důchodu	11

Zaměstnání aktuálně:

Ano	15
Bez práce	7
V invalid.důch.	19
Starobní důch.	1
Neuvedl	1

37 odpovědělo na otázku **počet sexuálních trestných činů před kastrací:**

Žádný	4	
1	16	
2	6	
3	5	
4	4	
5	1	
8	1	N = 37
Neuvedeno	6	

Nesexuální delikty před kastrací:

Žádný	24	
1	5	
2	2	
3	2	
4	-	
5	3	
10	2	N = 38

Neuvedeno 5

Sexuální delikt po kastraci: 2 respondenti (1x a 8x neagresivní pohlavní zneužití dětí)
7 neodpovědělo

Nesexuální delikt po kastraci: 9 ano; 5 neodpovědělo

Jakou trpíte sexuální deviací?:

Pedofilie 10
Sex.agresivita 14
Sadismus 6
Exhibicionismus 3
Voyerismus 1
„žádná“ 2
Neuvedeno: 7

Psychiatrické léčení před kastrací:

Ambulantně 13
(porucha osobnosti, abúzus alkoholu, deprese, vznětlivost)
Ústavně také 17
(abúzus alkoholu, porucha osobnosti, sebevražedné sklony, týrané dítě, noční pomočování,
„neposlušnost“, „psychické problémy)

Psychiatrická léčba po kastraci:

Ambulantně 15
(agresivita, deprese, alkoholismus, domácí konflikt, psychiatrická sexuologická léčba,
depresivní stavy)
Ústavně 12
(deprese, sexuální problémy, abúzus alkoholu, sexuologická léčba)

Suicidální pokus před kastrací: 9

Po kastraci 7
(souvisel pokus s kastrací? Ano u 4 respondentů)

Sexuální orientace:	HT	32
	HS	2
	Bisex	1
	„Nevím“	5
	Neuvedlo nic	3

Trvá ochranná léčba sex. ústavní: 1

Trvá ochranná léčba sex. ambulantní 23

Ochranné léčení bylo ukončeno: 19

Po kastraci chodí pravidelně na ambulantní kontroly 16

 Nepravidelně 2

 Nechodí vůbec 1

Celkem 4 respondenti si vůbec nepřejí ukončit OL explicitně.

Tělesné problémy po kastraci (uvedlo celkem 23 respondentů):

Obezita 13

Zhubnutí 8

Únavnost 14

Třes 7

Bušení srdce 6

Zvětšení prsou 10

Úbytek ochlupení 13

Osteoporóza 5

Žádné problémy 5

Neuvedeno nic 4

Hodnocení tělesného stavu po kastraci (ve srovnání se stavem před výkonem):

Zlepšení 15

Zhoršení 8

Beze změny 18

Neuvedeno 2

Psychické problémy po kastraci (uvedlo celkem 21 respondentů):

Pocity izolace 9

Pocity méněcennosti 8

Deprese 8

Zvýšená dráždivost 6

Vztahovačnost 3

Žádné 8

Jiné ojed: prehlivost, strach, úzkostnost (2x), lítostivost, plačtivost,

Žádné: 20

Neuvedeno: 2

Problémy s pitím alkoholických nápojů:

Před kastrací: 16; po kastraci: 6

Nelegální drogy:

Před kastrací 3; po kastraci 4

Vliv kastrace na sexuální život:

Snížení sexuální potřeby 26 (52%)

Ztráta sexuální potřeby 16 (32%)

Ztráta erekce 17 (34%)

Ztráta orgasmu 12 (24%)

Ojediné údaje k věci: nezáměr o děti, chuť na pohlavní styk, strach z vyvrcholení pro možnost křečí, větší vzrušivost a náruživost, má přítelkyni „sexuálně uspokojivé“.

Partnerský vztah aktuálně: 19 - z toho se ženou 18, s mužem 1

Někdy v současné době onanuje: 15 (34%)

Rozhodnutí o kastraci hodnotí jako dobrovolné: 38 (88%)

nedobrovolné 5 (12%)

Nedobrovolná motivace: „nebyla jiná cesta pro mne“, „nedostal bych se na svobodu“, „nařízeno soudem“ (?), „nepamatuji se“

Postoupil by kastraci znovu? ANO 26 (60%) NE 13 (30%) Neví 4 (10%)

Byl dostatečně poučen o následcích kastrace: ANO 37 (86%) NE 5 (12%)

nevedl 1 (2%)

Výhrady:

Nevěděl, že může uložit ejakulát do spermabanky, zdravotní důsledky (obezita, prsa, únava, sexuální život)

Hlavní klady:

Vyrovnaní s alkoholem

Partnerská a pracovní adaptace

Výhra nad svou sexuální úchylkou

Netrávím život po věznicích a léčebnách

Že už to nikdy neudělám

Jsem naprosto bez problémů

Nepáchám trestné činy (3x)

Beze změny

Nemám žádné nutkání (2x)

Zvládnutí agresivity (4x)

Přestal jsem onanovat

Není stálá potřeba sexuální aktivity

Mám klid

Vyléčení z pedofilie

Klid od žen

Zlepšilo se to, nemám ty sny

Nemusí být ve stresu, jestli přijde obsílka s modrým pruhem

Zklidnění, vyrovnaní

Hlavní negativa terapeutické kastrace:

Nemůžu mít děti (5 respondentů)

Úbytek kostní dřeně, osteopenie (2 respondenti)

Mám o 17 let mladší manželku a už nikdy nebudu mít plnohodnotný sex

Tloušťka

Ztráta sexuální apetence

Bratrův posměch

Zhubl jsem

Nebaví mně sex, jinak se nic nezměnilo

Nemůžu mít poměr se ženou

Měl jsem uložit sperma do spermabanky (3 respondenti)

Nezájem vytvořit partnerský vztah

Neví: 6; nevedl nic: 9

Spokojenost s tělesným stavem po kastraci: Ano 35 (81%) Ne 6 Nevedl 1

Spokojenost s psychickým stavem po kastraci: Ano 38 (88%) Ne 5

Spokojenost se sexuálním životem po kastraci: Ano 26 (60%) Ne 14 Ano/Ne 2
nevedl 1

Vzkazy lékařům:

Poděkování, že nemá chuť přepadávat ženy

Aby měli hodně napravených pacientů, jako je on

Poděkovat za podporu při léčbě a dodání optimismu

Dobře mi poradili, mám klid

Lépe naslouchat pacientům, aby nedoporučovali kastraci pacientům po výkonu trestu

Za operaci děkuji

Aby to lidi podstoupili jako já, život se jim 100xlepší

Aby neléčili jen podle knížek, co se musí udělat, a tím to končí

Děkuje, myslí, že je to nové vykročení do života

Atd.

Vzkazy mužům v podobné situaci:

Kastrace pomáhá, aby ji podstoupili

Máte-li problémy se zák

onem pro svou sexuální aktivitu nebo orientaci, kastraci doporučuji

Pokud musí, ať to udělají, jinak ne, je to těžké rozhodnutí

V mém případě naprosto splnila účel.

Aby nepodstupovali kastraci ve výkonu trestu

Když nepůjdou na kastraci, budou celý život v blázinci, nebo v kriminále

Kdyby byla stejná situace, kastraci bych doporučil

Záleží na nich samotných, jsou-li nebezpečný ať na to jdou, ať si to řádně promyslí

Když nepomáhají injekce, ať to podstoupí

Asi jediná cesta jak dosáhnout svobody

Ať to pečlivě uváží, může to znamenat úplné ukončení sexuálního života

Další poznámky

Měla by být levnější Viagra pro pacienty, nebo 1x měsíčně ji dostat zdarma

Kastrace je stejná nemoc jako cukrovka, zlomená ruka, pleš, nebo jiné tělesné vady

Po kastraci jsem začal vnímat spoustu věcí jinak, nejen v sexualitě, stejně jako když feťák přestane s drogou

Nelituji a jsem rád, že po mně nezůstávají další oběti

Diskuse

Uvedená data jsou nesporně zajímavým dokladem obecně známých faktů o výsledcích terapeutické kastrace u parafilních mužů. Je zřejmé, že tento výkon výrazně snižuje specifickou recidivitu kastrovaných pacientů. Z našich padesáti respondentů spáchali po kastraci sexuální delikt pouze dva, což znamená recidivitu 4%. V obou případech se jednalo o pedofilní delikty neagresivní povahy. V tomto směru se náš soubor nikterak neliší od dostupných literárních údajů. Právě snížení specifické recidivity u sexuálních delikventů po kastraci ostatně inspirovalo zavedení hormonálních medikamentů, které blokují účinky androgenů do terapeutické praxe.

Není sporu o tom, že terapeutická kastrace není schopna změnit erotickou preferenci subjektu. V tomto směru jsou zejména pedofilní delikventi, kterých je v našem základním padesátičlenném souboru více než třetina (18, 36%) více disponováni k recidivě. Zaslouhují proto specifickou pozornost.

Sexuologické diagnózy, stanovené lékaři, zahrnují ve většině sexuální agresivitu. Parafilie z okruhu sexuální agresivity jsou diagnostikovány u 36 respondentů (72% souboru), z toho u 4 diagnostikován pedofilní sadismus (2x homosexuální a 2x heterosexuální povahy). Pedofilie bez sadistické komponenty je uvedena v 18 případech (6x homosexuální, 12x heterosexuální).

Frekventní je zastoupení psychopatologické komorbidity. 17 respondentů je diagnostikováno jako lehký mentální defekt, a 40, tedy naprostá většina, vykazuje znaky poruchy osobnosti.

Ve shodě s dostupnými literárními údaji můžeme konstatovat, že terapeutická kastrace nikterak významně neredukuje nesexuální delikvenci respondentů. Před kastrací spáchalo nesexuální delikt 27% respondentů a po kastraci 20%. Z toho jeden spáchal nesexuálně motivovaný násilný čin s následkem smrti napadeného.

Také v psychopatologických komorbiditách se kastrace nikterak významně neprojevila. I po výkonu byla téměř polovina respondentů psychiatricky léčena ambulantně nebo ústavně. Suicidální pokus před kastrací je uveden u 9 respondentů (18%) a po kastraci u 7 respondentů (14%).

Zajímavou skutečností je pokles problémů s abúzem alkoholu po terapeutickém výkonu. Před kastrací mělo 30% respondentů problémy s abúzem alkoholu, zatímco po kastraci tento problém je uveden jen v 7 případech (14%). Ve 43 anonymních dotaznicích,

zaslaných pacienty je uveden problém s abúzem alkoholu před kastrací v 16 případech a po výkonu jen v 6 případech. Více než třetina vyšetřených po výkonu alespoň někdy onanuje.

Sociosexuální adaptaci výkon podstatně nezměnil. Podíl mužů, žijících v manželském, nebo partnerském vztahu se podstatně nezvýšil.

Nejčastějšími tělesnými změnami po kastraci jsou obezita (36%), snížení hmotnosti (20%) a oslabení tělesného ochlupení (38%;), dále únavnost (18%) a gynekomastie (16%). Vyšetření kostní tkáně je k dispozici u 35 respondentů, přičemž zpravidla vykazuje známky osteopenie.

Podle očekávání naprostá většina respondentů uvádí pokles zájmu o sex. Snížení, anebo ztrátu sexuální potřeby uvádí 74% respondentů. Na erektilní poruchu si stěžuje 34% a na neschopnost, dosáhnout orgasmus 24% mužů.

Psychické problémy jsou uvedeny u poloviny respondentů. Nejčastěji se jednalo o deprese (8) a pocity méněcennosti (7), předrážděnost (10) a vyšší agresivita (5). Hodnotící lékaři posoudili celkový psychický stav respondentů jako zlepšený ve srovnání se stavem před výkonem u 30 mužů (60%), jako nezměněný v 17 případech (34%) a u 3 mužů jako zhoršený.

V anonymních dotaznících, zaslaných přímo respondenty je zajímavým rozdílem proti lékařským závěrům vlastní hodnocení respondenta v odpovědi na otázku, jakou trpí sexuální deviací. Zatímco lékaři konstatovali pedofilii v 18 případech z 50 (36%) sami pacienti tuto parafilii uvedli jen v 10 případech ze 43 (23%). Častěji než v dotaznících, vyplněných lékaři, uváděli sami pacienti zejména užívání nelegálních drog po kastraci (lékaři 1x, pacienti sami 4x).

Pro hodnocení celého procesu žádosti o terapeutickou kastraci a jejího provedení má podle našeho názoru rozhodující význam odpověď pacientů na otázku po dobrovolnosti rozhodnutí o kastraci. V anonymním dotazníku 88% respondentů odpovědělo, že rozhodnutí bylo dobrovolné. Zbývá menšina v souladu s možnými vysvětleními se odvolává na jedinou možnost, jak se dostat na svobodu a také na neexistující „rozhodnutí soudu“. Většina respondentů také uvádí, že by kastraci podstoupili znovu (26, tedy 60% ze 43). Třetina respondentů uvedla na otázku, že by výkon znovu nepodstoupila.

Pozitivně hodnotíme skutečnost, že naprostá většina dotázaných soudí, že byla dostatečně poučena o následcích kastrace (N=37, tedy 86% ze 43). Argumenty, uvedené pacienty pro kladné hodnocení výkonu se nejčastěji odvolávají na snížení sexuálního puzení, na „klid“ od parafilních motivů.

Mezi hlavní negativní motivy patří neplodnost (5 ze 43, tedy 11%), snížení či ztráta sexuální výkonnosti.

Přes různé výhrady zjišťujeme v anonymních dotaznících, že většina mužů je se svým tělesným i psychickým stavem po kastraci spokojena (81 a 88%). Poněkud nižší je pochopitelně spokojenost s pohlavním životem po kastraci. Přes uvedená negativa je s ním spokojena většina respondentů (26 dotázaných mužů, tedy 60% souboru).

Ze vzkazů pacientů lékařům zvláště zaujala věta: „Lépe naslouchat pacientům, aby nedoporučovali kastraci pacientům po výkonu trestu“, nebo „Aby neléčili jen podle knížek, co se musí udělat a tím to končí.“

Vzkazy respondentů mužům v podobné situaci:

Jak pozitivní vzkazy typu „kastrace pomáhá“, tak výhrady. Zejména „Aby nepodstupovali kastraci ve výkonu trestu“, nebo „Ať si to řádně promyslí“.

Závěr:

Provedený průzkum výsledků terapeutické kastrace parafilních sexuálních delikventů prokázal vysokou účinnost této léčebné metody ve smyslu podstatné redukce specifické recidivy sexuálního deliktu. Tělesné i psychické následky výkonu odpovídají očekáváním a našim i literárním datům. Některé získané poznatky pomohou zlepšit péči o tento druh pacientů, a to zejména ve vztahu ke kvalifikovanému poučení pacientů před žádostí u tento výjimečný terapeutický výkon a v následné péči o ně. Za zmínku stojí, že u poměrně velké části pacientů se po terapeutické kastraci neudržují pravidelné kontakty s lékaři. Zlepšení dispenzární péči o tento druh sexuologických pacientů je významným úkolem do budoucna.

Domníváme se, že aktuální úprava kastrací parafilních sexuálních delikventů v České republice splňuje všechna odborná i etická hlediska. Tento chirurgický výkon by neměl být z našeho léčebného arsenálu vyloučen, protože prokazuje vysokou efektivitu a je relativně dobře tolerován a pozitivně hodnocen, a to jak pacienty, tak lékaři. Z pochopitelných důvodů chybí v této oblasti vědecky kontrolované studie. Bylo by eticky velmi problematické nechat zvláště nebezpečné parafilní sexuální delikventy bez účinné biologické terapie, abychom získali validní kontrolní soubory. Za hlavní přednost terapeutické kastrace v porovnání s medikamentózními léčebnými metodami považujeme dlouhodobou účinnost této léčebné metody a její nezávislost na pravidelné aplikaci medikamentů. Tento jednoduchý chirurgický výkon lze také aplikovat v těch případech, kde medikamentózní léčba je ze zdravotních důvodů kontraindikována.

LITERATURA

- Beach, F. A.: Hormonal effects on sociosexual behavior in dogs. In: Hibian, H., Plotz, E. J. (eds.): *Mammalian reproduction*. Springer, Berlin 1944.
- Becker, N.: Psychoanalytische Theorie sexueller Perversionen. In: Sigusch, V. (ed.): *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. G. Thieme, Stuttgart 1997.
- Bremer, J.: *Asexualization – a follow up study of 244 cases*. MacMillan, New York 1959.
- Brichcín, S., Hollý, M., Kolářský, A., Tsakalidou, A.: *Deset let ochranné léčby mravnostních delikventů v PL Praha-Bohnice*. Předneseno na IX. Bohnických sexuologických dnech, Praha 1997.
- Brichcín, S., Kolářský, A.: Přináší terapeutická kastrace prospěch žadatelům o zákrok? *XVIII. Bohnické sexuologické dny 2006*. 13-19. CERM, Brno 2007.
- Briken, P., Nika, E., Berner, W.: Treatment of paraphilia with luteinizing hormone-releasing hormone agonist. *J. Sex. Marit. Ther.* 27, 2001, 45-55.
- Coleman, E., Miner, M.: Promoting sexual offender treatment around the world. *J. Psychol. Hum. Sex.* 11, 2000, 1–10.
- Coleman, E., Dwyer, M., Abel, G., Berner, W., Breiling, J., Eher, R., Hindman, J., Langevin, R., Langfeldt, T., Miner, M., Pfaefflin, F., Weiss, P.: Standards of care for treatment of adult sex offenders. In: Coleman, E. (ed.): *Sexual offender treatment. Biopsychosocial perspectives*. The Haworth Press, New York 2000.
- Cornu, F.: Katamnesen bei kastrierten Sittlichkeitsdelinquenten aus forensisch psychiatrischer Sicht. *Bib. Psychiat.* 149, 1973, 1–132.
- Dickey, R.: The management of a case of treatment resistant paraphilia with a long-acting LHRH agonist. *Can. J. Psychiat.* 37, 1992, 567–569.
- Eglie, N., Altwein, J.: Postpubertal castration and prostatic carcinoma. *Urology* 6, 1975, 471–473.
- Freund, K.: Therapeutic sex drive reduction. *Acta Psychiat. Scan.* 62, Suppl. 287, 1980.
- Gijs, L., Gooren, L.: Hormonal and psychopharmacological interventions in the treatment of paraphilias: An update. *J. Sex. Res.* 33, 1996, 273–290.

- Hackfield, A. W.: Ueber die Kastration bei vierzig Sexuell Abnormen. *Monatsschr. Psychiatr. Neurol.* 87, 1933, 1–31.
- Hamplová, A., Weiss, P.: Terapeutická kastrace u sexuálních delikventů: indikace a účinnost. *Prakt. Lék.* 76, Suppl.1, 1996, 21–25.
- Hanson, R. K., Bussière, M. T.: *Predictors of sexual offenders recidivism: A meta-analysis.* Ministry of the Solicitor General of Canada, Ottawa 1996.
- Heim, N.: *Die Kastration und ihre Folgen bei Sexualstraftätern.* Schwartz, Goettingen 1980.
- Heim, N.: Sexual behaviour of castrated sex offenders. *Arch. Sex. Behav.* 10, 1981, 11–19.
- Heim, N., Hirsch, C. J.: Castration for sex offenders: Treatment or punishment? *Arch. Sex. Behav.* 8, 1979, 281–304.
- Langelueddeke, A.: *Die Entmannung von Sitlichkeitsverbrechern in Deutschland.* De Gruyter, Berlin 1963.
- LeMaire, L.: Danish experiences regarding the castration of sexual offenders. *J. Crimin. Law* 47, 1956, 295–310.
- Madlafousek, J., Hlíňák, Z., Beran, J.: Decline of sexual behaviour in castrated male rats: Effects of female precopulatory behaviour. *Horm. Behav.* 7, 1976, 245–252.
- Marques, J. K.: How to answer the question: "Does sexual offender treatment work?" *J. Interpers. Viol.* 14, 1999, 437–451.
- Marques, J. K., Day, D. M., Nelson, C., West, M. A.: Effects of cognitive-behavioral treatment on sex offender recidivism. *Crim. Just. Behav.* 21, 1994, 28–54.
- Marshall, W. L., Barbaree, H. E.: The long-term evaluation of a behavioral treatment program for child molesters. *Behav. Res. Ther.* 26, 1988, 499–511.
- Marshall, W. L., Barbaree, H. E.: Outcome of comprehensive cognitive-behavioral treatment programs. In: Marshall, W. L., Laws, D. R., Barbaree, H. E. (eds.): *Handbook of sexual assault.* Plenum Press, New York 1990b.
- Michael, R. P., Wilison, M.: Effects of castration and hormone replacement in fully adult male Rhesus monkeys. *Endocrinology* 95, 1974, 150–159.
- Money, J.: Discussion of the hormonal inhibition of libido in male sex offenders. In: Money, J.: Treatment guidelines: Antiandrogen and counseling of paraphilic sex offenders. *J. Sex Marit. Ther.* 13, 1987, 219–223.
- Pfaefflin, F.: Issues, incidence, and treatment of sexual offenders in Germany. *J. Interpers. Viol.* 14, 1999, 372–395.
- Prentky, R. A.: Arousal reduction in sexual offenders: A review of antiandrogen interventions. *Sex. Abuse* 9, 1997, 335–347.

- Procházka, J.: Modifikace nežádoucího sexuálního chování v rámci komplexního kognitivně behaviorálního programu u hospitalizovaných sexuálních delikventů. *Čs. Psychiat.* 87, 1991, 180–184 a 219–222.
- Raboch, J., Nedoma, K.: Indikace testikulární pulpektomie u sexuálních delikventů. *Čs. Psychiat.* 66, 1970, 152–157.
- Rice, M. E., Harris, G. T.: Is androgen deprivation therapy effective in the treatment of sex offenders? *Psychology, Public Policy, and Law* 17, 2011, 315–332.
- Richter-Appelt, H.: Sexuelle Störungen. Psychoanalytische Psychotherapie. In: Senf, W., Rose, R. M.: The psychological effects of androgens and estrogens: A review. In: Schader, R. J. (ed.): *Psychiatric complications of medical drugs*. Raven, New York 1972.
- Rosenblatt, J. S., Aronson, L. R.: The decline of sexual behavior in male cats after castration with special reference to the role of prior experience. *Behaviour* 12, 1958, 285–338.
- Rosler, A., Witztum, E.: Treatment of men with paraphilia with a long-acting analogue of GRH. *The New England J. Med.* 7, 1998, 416–422.
- Rousseau, L., Couture, M., Dupont, A., et al.: Effect of combined androgen blockade with a LHRH agonist and flutamide in one severe case of male exhibitionism. *Can. J. Psychiat.* 35, 1990, 338–341.
- Schorsch, E.: Sexuelle Perversionen: Ideologie, Klinik, Kritik. In: Sigusch, V. (ed.): *Therapie sexueller Störungen*. Thieme, Stuttgart 1980.
- Schorsch, E.: Therapie mit Sexualstraftatarn. In: Jager, H. Schorsch, E. (eds.): *Sexualwissenschaft und Strafrecht. Beiträge zur Sexualforschung* 62, 1987, 127–133.
- Schorsch, E., Galedary, G., Haag, S., Hauch, M., Lohse, H.: *Sex offenders*. Springer Verlag, Berlin 1990.
- Sigusch, V.: *Therapie sexueller Störungen*. Thieme, Stuttgart 1980.
- Studer, L. H., Aylwin, A. S., Reddon, J. R.: Testosteron, sexual offence recidivism, and treatment effect among adult male sex offenders. *Sex Abuse* 17, 2005, 171–181.
- Sturup, G. K.: The treatment of criminals in Herstedvester, Denmark. *Prison J.* 46, 1966, 31–34.
- Sturup, G. K.: Castration: The total treatment. In: Resnick, H. L. P., Wolfgang, M. E. (eds.): *Sexual behaviour: Social, clinical and legal aspects*. Little Brown, Boston 1972.
- Tauš, L., Sušická, L.: Pětileté sledování pěti sexuálních deviantů po terapeutickém zákroku. *Čs. Psychiat.* 69, 1973, 51–55.
- Thibaut, F., de la Barra, F., Gordon, H., Cosyns, P., Bradford, J. M. W. & WFSBP Task Force on Sexual Disorders: The World Federation of Societies of Biological Psychiatry

- (WFSBP) Guidelines for the biological treatment of paraphilias. *World J. Biol. Psychiat.* 11, 2010, 604-655.
- Thomas, T.: When public protection become a punishment? *Sexual Offender Treatment* 1, 2006, 1-7.
- Wassersug, R. J.: New age eunuchs: Motivation and rationale for voluntary castration. *Arch. Sex. Behav.* 33, 2004, 433-442.
- Weinberger, L. E., Sreenivasan, S., Garrick, T., Osran, H.: The impact of surgical castration on sexual recidivism risk among sexually violent predatory offenders. *J Am Acad Psychiatry Law* 33, 2005, 16 – 36.
- Weiss, P.: Goals of institutional treatment of sex offenders. *Med. Law* 13, 1994, 563–568.
- Weiss, P.: *Sexuální deviace*. Portál, Praha 2002.
- Weiss, P., Zimanová, J.: Paraphilic and non-paraphilic sex offenders. *Acta Sexologica* 1, 1995a, 1–12.
- Weiss, P., Zvěřina, J.: *Sexuální chování v ČR: Situace a trendy IV*. DEMA, Praha 2009.
- Weiss, P., Zimanová, J., Bílková, L.: Některé sociokulturní rozdíly mezi pachateli sexuálních deliktů. *Čs. Psychiat.* 82, 1986, 228–232.
- Weiss, P., Fuka, J., Zimanová, J.: Časové faktory recidivity pacientů po prodělané ústavní sexuologické ochranné léčbě. *Čs. Psychiat.* 83, 1987, 25–29.
- Weiss, P., Brichtcín, S., Fifková, H.: Problémy ochranné léčby sexuologické. *Čs. Psychiat.* 89, 1993, 306–312.
- Wille, R., Boulanger, H.: Zehn Jahre Kastrationsgesetz in Schleswig-Holstein. *Beibr. Gericht. Med.* 42, 1984, 9–16.
- Wille, R., Beier, K. M.: Castration in Germany. *Ann. Sex. Res.* 2, 1989, 103–133.
- Zimanová, J., Weiss, P., Fuka, J.: Psychoterapie v ústavní léčbě sexuálních delikventů. *Čas. Lék. čes.* 125, 1986a, 744–746.
- Zimanová, J., Weiss, P., Bílková, L.: Predikční kriteria úspěšnosti ochranné léčby sexuologické. *Čs. Psychiat.* 83, 1987, 177–182.
- Zimanová, J., Fuka, J., Weiss, P., Hubálek, S.: Některé současné názory na terapeutickou kastraci sexuálních delikventů a naše zkušenosti. *Čs. Psychiat.* 84, 1988, 173–180.
- Zvěřina, J.: Biologické léčebné metody u sexuálních deviací. *Prakt. Lék.* 63, 1983, 187–189.
- Zvěřina, J.: Sexuální deviace – vztah k sexuální delikvenci. *Kriminal. sborník*, č.1, 1990, 36–38.
- Zvěřina, J., Pondělíčková, J.: Psychopatologické nálezy u sexuálních agresorů. *Čs. Psychiat.* 80, 1984, 298–302.

Zvěřina, J., Zimanová, J., Bártová, D.: Katamnézy souboru 84 kastrovaných sexuálních delikventů. *Čs. Psychiat.* 97, 1991, 28–34.

Sexuologická společnost ČLS
Apolinářská 4, 120 00 Praha 2

PŘÍLOHA č. 1**Dotazník pro lékaře:**

Vážená kolegyně, vážený kolego,

Sexuologická společnost ČLS získala grant Ministerstva zdravotnictví ČR, který má zmapovat dosavadní zkušenosti lékařů i pacientů s terapeutickými kastracemi parafilních sexuálních delikventů. K realizaci projektu je nezbytná Vaše spolupráce. Věnujte prosím pozornost tomuto vyšetřovacímu schématu a ve spolupráci s pacientem, který uvedený výkon v dané indikaci podstoupil, vyplňte prosím jednotlivé položky. Vaše případné další poznámky ke konkrétnímu případu a projektu můžete přiložit, nebo vepsat přímo do formuláře.

Pacient obdrží v zalepené obálce svůj vlastní dotazník, na který odpovídá anonymně a po vyplnění jej v přiložené obálce zalepený odevzdá Vám, nebo pošle na naši adresu. Obálka je frankována.

Vaše práce na projektu bude honorována za každý zpracovaný případ. Za spolupráci děkujeme.

Za Sexuologickou společnost ČLS JEP

Doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc. předseda
Prof. PhDr. Petr Weiss, PhD., vědecký sekretář

Sexuologický ústav VFN a 1. LF UK, Apolinářská 4, 128 08 Praha 2

Vyšetřovací formulář pro lékaře

Jméno pacienta:

Věk aktuálně:.....let

Věk při kastraci.....let

Doba uplynulá od kastrace:.....let

Vzdělání:

Základní.....	1
Vyučen.....	2
Střední s maturitou.....	3
VŠ.....	4

Sexuální orientace:

Homosexuální	1
Heterosexuální	2

Ženatý

Před kastrací: Ano.....	1
Ne.....	2

Aktuálně: Ano.....	1
Ne.....	2

Počet dětí:

Existence stálého partnerského vztahu aktuálně:

Ano..... 1

Ne..... 2

Zaměstnán před kastrací

Ano..... 1

Ne..... 2

V invalidním důchodu..... 3

Ve starobním důchodu..... 4

Zaměstnán aktuálně:

Ano..... 1

Ne..... 2

V invalidním důchodu..... 3

Ve starobním důchodu..... 4

Před kastrací počet deliktů (trestů):

sexuálních:.....(počet), poslední trest za trestný čin:.....(prosím, vypište)

nesexuálních:.....(počet),
z toho násilných.....(počet)

Pohlaví obětí:

Mužské.....	1
Ženské.....	2
Mužské i ženské.....	3

Věk obětí: od do..... roků

Po kastraci počet deliktů (trestů):

sexuálních:.....(počet), poslední trest za trestný čin:.....(prosím, vypište)

nesexuálních:.....(počet)
z toho násilných.....(počet)

Pohlaví obětí: Mužské..... 1
Ženské..... 2
Mužské i ženské..... 3

Věk obětí od do..... roků

Počet let ve výkonu trest:

před kastrací:..... roků měsíců

Po kastraci:..... roků měsíců

Diagnostický závěr v době kastrace:

Sexuologický (deviace):.....(vypsat)

Psychiatrický:.....(vypsat, pokud byl)

Ochranná léčba:

Ochranná léčba ústavní trvá.....1 jižměsíců

Ochranná léčba ambulantní trvá.....2 jižměsíců

Ochranná léčba byla ukončena.....3 poletech po kastraci

Dispenzarizace:

Žádná..... 0

Ano, dochází soustavně, pravidelně 1

Ano, dochází ale nepravidelně..... 2

Ano, ale vůbec nedochází..... 3

Tělesné problémy po kastraci (prosím, zakroužkujte, co se vyskytlo):

Obezita..... 1

Zhubnutí..... 2

Pocity únavy..... 3

Občasný třes..... 4

Palpitace..... 5

Gynekomastie..... 6

Svraskalá tvář (tzv. "kastrátský obličej"?) 7

Úbytek tělesného ochlupení..... 8

Jiné (prosím, vypište):.....

Výsledky denzimetrie kostní: jsou.....1, jaké?.....
Nejsou.....2

Hodnocení celkového tělesného stavu po kastraci:

Zlepšení1
 Zhoršení.....2
 Beze změn.....3

Výška/Váha: Před kastrací:cm/.....kg

Aktuálně:cm/.....kg

Psychopatologie po kastraci (prosím, zakroužkujte, co se vyskytlo):

Pocity méněcennosti..... 1
 Deprese..... 2
 Zvýšená dráždivost..... 3
 Zvýšená agresivita..... 4
 Pocity izolace..... 5
 Paranoidita..... 6
 Jiné (prosím, vypište).....

Hodnocení celkového psychického stavu po kastraci:

Zlepšení1
 Zhoršení.....2
 Beze změn.....3

Aktuálně užívané medikamenty

Ano1

Prosím, vypište vše, co pacient užívá:.....

.....

Žádné.....2

Nevím.....3

Abusus alkoholu:

před kastrací: ano..... 1
 ne..... 2

aktuálně: ano..... 1
 ne..... 2

Abusus nealkoholových drog před kastrací: ano..... 1
 ne..... 2

aktuálně: ano..... 1
 ne..... 2

Vliv kastrace na sexualitu pacienta (prosím, zakroužkujte vše, co se vyskytlo)

Výrazné snížení apetence..... 1
 Úplná ztráta apetence..... 2
 Erektální dysfunkce..... 3

Ztráta orgastické schopnosti..... 4
Jiné (prosím, vypište).....

Vlastní sdělení lékaře (poznámky, pokud nějaké máte):

Datum:

Děkujeme vám za spolupráci

Doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.
Prof. PhDr. Petr Weiss, PhD.
MUDr. Martin Hollý

PŘÍLOHA č. 2

Anonymní dotazník pro pacienty

Vážený pane,

Ministerstvo zdravotnictví ČR nás pověřilo průzkumem výsledků terapeutické kastrace v léčení sexuálních delikventů. Váš ošetřující lékař po rozhovoru s Vámi vypracuje o Vašem případě zprávu a vyplní formulář.

Protože v zájmu objektivit je třeba znát také Váš osobní postoj a názor na výsledek této léčby ve Vašem případě, přikládáme tento anonymní dotazník, o jehož vyplnění Vás prosíme. Dotazník můžete zaslat v přiložené ofrankované a zalepené obálce na naši adresu, můžete jej také dát přímo Vašemu lékaři, který jeho anonymní doručení rovněž může zařídit.

Svou laskavou spoluprací pomůžete zlepšovat naše zdravotnické služby a svěřit nám názory a zkušenosti, které z nějakého důvodu případně nechcete komunikovat se svými ošetřujícími lékaři a úřady.

Jménem Sexuologické společnosti ČLS Vám děkujeme za spolupráci.

J.Zvěřina – předseda

P.Weiss. – vědecký sekretář

Počet let ve výkonu trest:

před kastrací:.....

po kastraci:.....

Kterou sexuální deviací jste trpěl:

.....

(vypište svůj názor)

V minulosti před kastrací psychiatricky (ne sexuologicky) jste léčen

Byl, ale jenom ambulantně.....1, kvůli čemu (prosím, vypište).....

Byl, i ústavně.....2, kvůli čemu (prosím, vypište).....

Po kastraci psychiatricky (ne sexuologicky) jste léčen

Byl, ale jenom ambulantně.....1, kvůli čemu (prosím, vypište).....

Byl, i ústavně.....2, kvůli čemu (prosím, vypište).....

Pokus o sebevraždu:

před kastrací: ano 1 kolikrát:

ne..... 2

po kastraci: ano..... 1 kolikrát:

ne 2

pokud ano, souvisel tento pokus s kastrací?

ano 1

ne..... 2

Jste orientovaný:

Heterosexuálně..... 1

Homosexuálně..... 2

Bisexuálně..... 3

Nevím..... 4

Ochranná léčba:

Ochranná léčba ústavní trvá.....1 jak dlouho (vypište)?.....

Ochranná léčba ambulantní trvá.....2 jak dlouho (vypište)?.....

Ochranná léčba byla ukončena.....3 poletech po kastraci

I když byla ukončena, přesto chodím pravidelně na kontroly.....1

chodím na kontroly nepravidelně.....2

na kontroly nechodím vůbec.....3

Tělesné problémy po kastraci (prosím, zakroužkujte všechno, co se vyskytlo):

Obezita 1

Zhubnutí..... 2

Pocity únavy..... 3

Občasný třes 4

Bušení srdce..... 5

Nárůst prsou..... 6

Úbytek tělesného ochlupení..... 7

Něco jiného, co (prosím, vypište)?.....

Hodnocení vašeho tělesného stavu po kastraci:

- zlepšení 1
 zhoršení..... 2
 beze změn..... 3

Psychické problémy po kastraci (prosím, zakroužkujte, co se vyskytlo):

- pocity méněcennosti..... 1
 deprese 2
 zvýšená dráždivost..... 3
 zvýšená agresivita..... 4
 pocity izolace..... 5
 vztahovačnost..... 6
 jiné? (prosím, vypište).....

Hodnocení vašeho duševního (psychického) stavu po kastraci:

- zlepšení 1
 zhoršení..... 2
 beze změn..... 3

Jaké léky v současné době užíváte:

- ano 1
 prosím, vypište vše, co berete:.....
 žádné..... 2

Problémy s pitím alkoholických nápojů:

- Před kastrací: ano 1
 ne 2
 Po kastraci: ano 1
 ne 2

Užívání drog:

- Před kastrací: ano..... 1
 ne..... 2
 Po kastraci: ano 1
 ne 2

Vliv kastrace na váš sexuální život:

(prosím, zakroužkujte vše, co se u vás po kastraci vyskytlo)

- Výrazné snížení sexuální potřeby..... 1
 Úplná ztráta sexuální potřeby..... 2
 Ztráta erekce (ztopoření)..... 3
 Ztráta vyvrcholení (orgasmu)..... 4
 Něco jiného, co (prosím, vypište)?.....

nespokojen..... 2, proč (prosím, vypište)?.....

.....

Se svým psychickým stavem po kastraci jste

spokojen..... 1

nespokojen..... 2, proč (prosím, vypište)?.....

.....

Se svým sexuálním životem po kastraci jste

spokojen.....1

nespokojen.....2, proč (prosím, vypište)?.....

.....

Co byste vzkázal svým lékařům (prosím, vypište)?

.....

Co byste vzkázal jiným mužům ve stejné situaci, kteří se rozhodují pro kastraci (prosím, vypište)?

.....

Vlastní sdělení (poznámky, pokud nějaké máte):

Datum:

Děkujeme vám za spolupráci

Doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.

Prof. PhDr. Petr Weiss, PhD.

MUDr. Martin Hollý