Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm c) zákona 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Komplexný manažment zdravotnej starostlivosti parafilných porúch u dospelých mužov

štandardný diagnostický a terapeutický postup

Autorský kolektív:
MUDr. Barbora Vašečková, PhD.
MUDr. Marek Zelman
PhDr. Robert Máthé, PhD.
Mgr. Jana Štefániková, PhD.
MUDr. Danica Caisová-Škultétyová
JUDr. MUDr. Peter Kováč, PhD. et. PhD.

Špecializačný odbor:
Psychiatria
Sexuológia

Recenzenti:
MUDr. Mgr. Jozef Dragašek, PhD. MHA; MUDr. Oľga Jamborová; MUDr. Ing. Eva Katrlíková; MUDr. Ján Konôpka (hodnotitelia AGREE II.); hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Sekcia zdravia MZ SR; Sekcia farmácie a liekovej politiky MZ SR; Sekcia financovania MZ SR; Sekcia legislatívy a práva MZ SR; Odbor zdravotníckeho vzdelávania MZ SR.
Členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: Mgr. Daniela Bukšárová; PharmDr. Gabriela Cveková Švecová; Mgr. Miloš Čakloš, PhD.; doc. MUDr. Róbert Čellár, PhD., MPH; MUDr. Ingrid Dúbravová; Mgr. Milada Eštoková, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc.; MUDr. Darina Haščíková, MPH; MUDr. Beata Havelková, MPH, MBA, LL.M; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; MUDr. Marta Kullačová; doc. MUDr. Štefan Laššán, PhD., MPH; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, CSc., FRCP; Ing. Jana Netriová, PhD., MPH; Mgr. Daniela Ondrčková, MPH; PharmDr. Ivana Pankuchová; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; Mgr. Petra Páneková; MUDr. Darina Sedláková, MPH; PhDr. Mgr. Vladimír Stanislav, PhD., MPH; MUDr. Marianna Šestinová; Mgr. Andrej Vyskoč, PhD., MPH
Stanoviská: Slovenská sexuologická spoločnosť SLS, Slovenská psychiatrická spoločnosť SLS

Národný projekt s názvom „Tvorba štandardných postupov na výkon prevencie, štandardných diagnostických postupov a štandardných terapeutických postupov pre poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti a podporu prevencie“ (kód ITMS21+: 401405B874) je spolufinancovaný z prostriedkov Programu Slovensko.
Odborný garant projektu: prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FEFIM, FRCP
Odborný koordinátor: doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH, FEFIM, FRCP

Číslo ŠP	Dátum predloženia Komisii MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0320	*9. október 2025*	*schválený*	*1. november 2025*

Kľúčové slová
parafilná porucha, sexuálna delikvencia, manažment diagnostiky a liečby, manažment rizík

Zoznam skratiek

CPA	cyproterónacetát
DSM 5	Piata revízia Diagnostického a štatistického manuálu Americkej psychiatrickej asociácie
FDT	Test kresby ľudskej postavy
GnRH	Gonadotropín uvoľňujúci hormón
GRASSI	Grassiho dotazník sexuálnej spokojnosti
IATSO	International Association for the Treatment of Sexual Offenders
ICD-11	Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov, jedenásta revízia (International Classification of Diseases)
ICL	Dotazník interpersonálnej diagnostiky
MKCH	Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov
MMPI-2	Minesotské multifázické osobnostné inventórium
MPA	medroxyprogesterónacetát
PPG	Penilná pletyzmografia
ROR	Rorschachova metóda
SFŽ	Sexuální funkce žen
SFM	Sexuální funkce mužu
SPC	Súhrn charakteristických vlastností lieku
SSRI	Selektívne inhibítory spätného vychytávania sérotonínu
ŠDTP	štandardný diagnostický a terapeutický postup
WHO	Svetová zdravotnícka organizácia (World Health Organization)
WFSBP	Svetová federácia spoločností pre biologickú psychiatriu (World Federation of Societies of Biological Psychiatry)

Vymedzenie základných pojmov
parafilná porucha - parafilná porucha je parafília, ktorá v zmysle definície duševnej poruchy spôsobuje ťažkosti jedincovi a/alebo jeho okoliu
parafília - parafília je odchýlka v spôsobe dosiahnutia sexuálneho vzrušenia alebo uspokojenia alebo jeho objekte
sexuálny delikvent - páchateľ sexuálne motivovaného trestného činu, nehovorí o prítomnosti parafilnej poruchy
sexuálna deviácia – parafília

Kompetencie
Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria (psychiater): psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu v prípade existujúcich komorbidných psychických porúch, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie psychofarmakoterapie, prepustenie pacienta zhospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu. V rámci súčasnej forenznej psychiatrickej starostlivosti manažment rizík, poskytovanie lekárskych správ pre forenzné účely, rozhodovanie o podaní návrhu na zmenu formy, prepustenie alebo ukončenie ochranného liečenia alebo detencie.

Psychiater so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatrická sexuológia (psychiater–sexuológ): sexuologické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie

farmakoterapie vrátane hormonálnej terapie a indikovania orchiektómie, realizácia PPG vyšetrenia a interpretácia výsledkov, prepustenie pacienta z hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu. V rámci forenznej starostlivosti manažment rizík, poskytovanie lekárskych správ pre forenzné účely, rozhodovanie o podaní návrhu na zmenu formy, prepustenie alebo ukončenie ochranného liečenia alebo detencie.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore endokrinológia (endokrinológ): diagnostika a diferenciálna diagnostika iných endokrinopatií a komorbidít, posúdenie vhodnosti hormonálnej liečby, vedenie hormonálnej liečby.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore urológia (urológ), urológ so špecializáciou v špecializačnom odbore sexuológia (urológ–sexuológ): diagnostika a diferenciálna diagnostika iných urologických ochorení, chirurgická liečba, prevenciaa pravidelné sledovanie stavu, informovanie o možnostiach reprodukcie a prevencii sexuálne prenosných infekcií.

Psychológ so špecializáciou v špecializačnom odbore klinická psychológia (klinický psychológ): psychodiagnostika, komplexné klinickopsychologické vyšetrenie, diferenciálna diagnostika, poskytovanie podporných psychoterapeutických intervencií, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo (všeobecný lekár pre dospelých - VLD): primárna zdravotná starostlivosť a súčinnosť s ostatnými špecialistami, ktorí sa spolupodieľajú na komplexnom manažmente zdravotnej starostlivosti

Sestra: ošetrovateľská starostlivosť, poskytovanie podporných psychoterapeutických intervencií, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore vnútorné lekárstvo (internista)

Psychológ: podporné psychoterapeutické intervencie

Špecialista (psychológ, klinický psychológ, lekár) s certifikovanou pracovnou činnosťou psychoterapia (psychoterapeut): podporné psychoterapeutické intervencie

Sociálny pracovník: riešenie sociálnych otázok.

Úvod

Parafilné poruchy sú stavy, ktoré sa vyznačujú pretrvávajúcimi a intenzívnymi vzorcami atypického sexuálneho vzrušenia, nezvyčajnými alebo neobvyklými sexuálnymi preferenciami, fantáziami alebo správaním, ktoré sa odchyľujú od spoločensky prijatých či legislatívnych noriem. Za poruchu sú považované v prípade, ak objektom sexuálneho záujmu je osoba, či iný živý tvor (zviera), ktorý súhlas nedal, alebo z nejakého dôvodu (napríklad veku) dať nemôže, alebo spôsobujú významné utrpenie či riziko poškodenia samotného jedinca (World Health Organization, 2022).

V minulosti používaný pojem „sexuálne deviácie“ dnes považujeme za obsolentný. Dôvodom je okrem iného fakt, že vyvolával nejasnosti o legitimite týchto diagnostických jednotiek ako reálnych medicínskych stavov a implikoval skôr predstavy sexuálneho životného štýlu, či správania podmieneného osobnostnými charakteristikami či vplyvom vonkajších okolností. Parafilné poruchy sú

reálne medicínske entity, ktoré sú zahrnuté v klasifikáciách chorôb a dajú sa diagnostikovať na základe jasne určených symptómov a správania. Potreba dostupnej a na dôkazoch založenej liečby vyplýva okrem charakteru samotného stavu, aj z vysokej miery komorbidít s psychickými ochoreniami a faktu, že môžu byť spojené s rizikom poškodenia jedinca alebo inej osoby (Gordon & Grubin, 2004).

Obdobie vzniku, respektíve prejavenia sa parafilnej poruchy je najčastejšie obdobie neskorej adolescencie alebo skorej dospelosti. Parafilná orientácia je vo svojej podstate považovaná za celoživotnú a trvalú charakteristiku jedinca, ktorá je ťažko ovplyvniteľná liečbou, trestom či inými prostriedkami, avšak parafilné záujmy a správanie na liečbu môžu reagovať (Briken et al., 2014; Fedoroff, 2018). Liečba je zameraná na modifikáciu vonkajších prejavov abnormnej sexuálnej motivácie, teda sexuálneho správania.

Optimálna liečba parafilných porúch spočíva v kombinácii farmakologických, psychoterapeutických prístupov a sociálnych opatrení. Cieľom je ovplyvniť správanie jedinca, dosiahnutia náhľadu, poskytnutie informácií, posilnenie vedomej kontroly, zmena postojov, dosiahnutie sexuálnej adaptácie a celkovej sociálnej integrácie (Weiss, 2017). Toto niekedy zjednodušene vyjadrujeme ako „realizáciu sexuality v medziach zákona“.

Pri hodnotení parafilných porúch treba rozlišovať medzi pojmami „sexuálny delikvent“ a „jedinec s parafilnou poruchou“. Sexuálny delikvent označuje páchateľa sexuálne motivovaného trestného činu, pričom väčšina jedincov v tejto skupine parafilnou poruchou netrpí (Thibaut et al., 2020; Weiss, 2017). Prítomnosť parafilnej poruchy v motivačnej štruktúre sexuality jedinca k páchaniu trestných činov viesť nemusí a zrejme vo väčšine prípadov ani nevedie. Osoby s parafilnými poruchami často trpia len parafilnými sexuálnymi fantáziami alebo nutkaním a ich sexuálne správanie nezahŕňa aktivity bez súhlasu objektu ich záujmu alebo iné trestné činy. Tento štandardný diagnostický a terapeutický postup (ŠDTP) sa týka liečby dospelých jedincov (mužov) s parafilnými poruchami.

Klasifikačné zatriedenie a pomenovanie jednotlivých kategórií vychádza z Medzinárodnej štatistickej klasifikácie chorôb a príbuzných zdravotných problémov (MKCH) Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO), jedenástej revízie (ICD-11), ktorá bola schválená Svetovým zdravotníckym zhromaždením (World Health Assembly) v máji 2019 (World Health Organization, 2022).

Vzhľadom na komplexnosť a evidence based váhu boli pre vytvorenie odporučeného liečebného postupu pre starostlivosť o pacientov s parafilnou poruchou použité Guidelines forthe pharmacological treatment of paraphilic disorders (Thibaut 2020). Tieto postupy boli adaptované na podmienky organizácie zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike, systém ochranných opatrení definovaný Zákonom 300/2005 Z. z. Trestný zákon a slovenský i nadnárodný právny a etický kontext.

1 Etické a právne otázky

Parafília ako atypický sexuálny záujem, ktorý nevedie k realizácii parafilného správania ani k signifikantnému distresu si vyžiada terapeutickú intervenciu len veľmi zriedkavo. Minimálne pre chýbanie vnútornej motivácie k ich zmene. Výnimkou by mohli byť pravdepodobne len obavy z možného zvýšenia intenzity prejavov na ideatívnej úrovni či zo straty kontroly v špecifických situáciách. Je však otázne, či by v tomto prípade už nenapĺňala kritérium parafilnej poruchy. Prejavy parafilnej poruchy bez sexuálne deviantného alebo iného kriminálneho správania však už sú indikáciou k zahájeniu terapeutických intervencií. V tomto prípade sú všetky terapeutické postupy dobrovoľné a podliehajú inštitútu informovaného súhlasu vrátane možnosti jeho odvolania.

Liečba parafilnej poruchy u ľudí, ktorí sa dopustili trestnej činnosti, prebieha obvykle vo forme ochranného liečenia. Ochranné liečenie si v zmysle našej legislatívy nevyžaduje udelenie informovaného súhlasu pacienta. Podľa štandardu pre výkon ochranných liečení je však vyžadované písomne dokumentované poučenie (resp. jeho odmietnutie), ktoré má obsahovať v minimálnom rozsahu: vysvetlenie liečebného postupu podľa spolu s právami a povinnosťami, podmienky liečebného režimu, predpokladanú dĺžku liečby, informácie o možnosti prepustenia z ochranného liečenia, zmene jeho formy, o konaní, ktoré by mohlo viesť k jeho mareniu a jeho konsekvenciách (viď aj kapitolu Informovaný súhlas).

Základné etické princípy liečby u pacientov, ktorí sa dopustili sexuálne delikventného správania definujú publikované štandardy IATSO (International Association for the Treatment of Sexual Offenders) (IATSO, 2024). Liečba sexuálnych delikventov má zabrániť tomu, aby sapacient zapájal do ďalšieho sexuálneho delikventného správania. Má byť humánna a viesť k zvýšeniu kvality života pacienta. Títo pacienti rovnako nemôžu byť diskriminovaní na základe veku, pohlavia, rasy, etnickej príslušnosti, národnostného pôvodu, náboženského presvedčenia, sociálno-ekonomického postavenia alebo fyzického či psychického postihnutia. Profesionáli, ktorí liečia sexuálnych delikventov, sa musia na týchto jednotlivcov pozerať s dôstojnosťou a rešpektom. Sexuálni delikventi majú rovnaké práva na dodržiavanie mlčanlivosti pri poskytovaní lekárskej či psychologickej starostlivosti ako ktorákoľvek iná skupina pacientov, s výnimkou prípadov, keď to zákon vyžaduje inak.

V uvažovaní o trestnoprávnej rovine manažmentu parafilnej poruchy môže dochádzať k situáciám, kde treba vyhodnocovať aspekty mlčanlivosti zdravotníckych pracovníkov a zároveň povinnosti oznamovacej povinnosti. Nevyhnutným predpokladom úspešného poskytovania zdravotnej starostlivosti je vzťah dôvery medzi pacientom a zdravotníckym pracovníkom, ktorý spočíva okrem iného aj v zachovaní mlčanlivosti o všetkých údajoch týkajúcich sa zdravotného stavu a o skutočnostiach súvisiacich so zdravotným stavom v zmysle zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti. Táto má však niektoré svoje výnimky. Jednou z nich tohto zákona je povinnosť poskytovateľa zdravotnej starostlivosti bez odkladu oznamovať orgánu činnému v trestnom konaní (policajný orgán, vyšetrovať, prokurátor) a Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny ako orgánu sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, v ktorého obvode sa maloletá osoba zdržiava, podozrenie na sexuálne zneužívanie alebo iné zneužívanie maloletej osoby, znásilnenie maloletej osoby, sexuálne násilie voči maloletej osobe, sexuálne vykorisťovanie maloletej osoby, súlož medzi príbuznými, ktorá sa týka maloletej osoby, týranie alebo zanedbávanie maloletej osoby.

V prípade plnoletej osoby s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony sa podozrenie na znásilnenie, sexuálne násilie, sexuálne vykorisťovanie alebo iné zneužívanie takejto osoby, súlož medzi príbuznými, ktorá sa týka takejto osoby, týranie alebo zanedbávanie oznamuje u takejto osoby orgánu činnému v trestnom konaní a obci, v územnom obvode, ktorej sa zdržiava.

Tiež Trestný zákon č. 300/2005 Z. z. v § 340 a § 341 postihuje úmyselné neoznámenie alebo neprekazenie niektorých trestných činov, pre ktoré ustanovuje trest odňatia slobody s hornou hranicou trestnej sadzby najmenej desať rokov. Prekaziť trestný čin možno aj jeho včasným oznámením prokurátorovi, vyšetrovateľovi alebo policajnému orgánu (Kováč, 2009). Väčšina trestných činov spomínaných v predchádzajúcej kapitole pri tom takúto hornú hranicu trestnej sadzby dosahuje.

2 Prevencia

Primárna prevencia:

Spadajú sem aktivity zamerané na širokú verejnosť bez ohľadu na jej rizikovosť, napr. osvetové a vzdelávacie aktivity, s ťažiskom na školách či v rámci rodiny, ale aj v online priestore. Cielenejšie

zameranie programov primárnej prevencie môže byť fokusované na populácie či jedincov v zvýšenom riziku toho, že sa stanú obeťami či páchateľmi sexuálneho násilia. Účinný preventívny program má obsahovať aj informáciu o tom, kde môže byť adekvátna pomoc či informácia poskytnutá. Takéto informácie pre dobrovoľné kontaktovanie pomoci (a tiež jej formách) sú dostupné napr. v informačnej časti programu parafilik.sk resp. ako súčasť pripravovanej telefonickej linky.

Sekundárna prevencia:
Pri sekundárnej prevencii sa kladie dôraz na okamžitú redukciu krátkodobých a akútnych rizík sexuálnej delikvencie, čo pre potenciálneho páchateľa znamená okamžité poskytnutie akútnej pomoci prípadne liečby (terapeutickej alebo farmakologickej). Jej súčasťou musí byť nevyhnutne aj orientácia na motivovanie k zahájeniu a udržaniu v liečbe. Sekundárna prevencia u ľudí s parafilnou poruchou, ktorí sa nedopustili delikventného správania a vyhľadali odbornú pomoc, je poskytovaná prostredníctvom terapeutickej siete (ktorá je opäť koordinovaná napr. v programe parafilik.sk).

Terciárna prevencia:
Terciárna prevencia sa zameriava na predchádzanie dlhodobým efektom recidívy sexuálneho násilia. Hlavným zameraním je resocializácia páchateľa a zníženie rizika jeho recidívy. Kľúčové pre prevenciu sexuálneho násilia je zamerať sa na liečbu delikventov.

3 Epidemiológia

Naše znalosti o výskyte parafilných porúch vo všeobecnej populácii sú obmedzené z dôvodu metodologickej náročnosti získavania dát a biasov vyplývajúcich zo skúmaných populácií (napríklad malé vzorky, výskum na špecifických populáciách – väzenská, s anamnézou deliktua pod.). V prípade páchateľov sexuálne motivovaných trestných činov sa výskyt parafílie udáva v rozmedzí 25 - 74 % (Bártová et al., 2021; Dunsieth et al., 2004; M. Kafka, 2012; Marshet al., 2010). V prípade všeobecnej populácie je však prevalencia parafilných porúch signifikantne nižšia. Podľa epidemiologickej štúdie z Českej republiky na vzorke vyše 5 tisíc mužov a žien boli zistené nasledujúce hodnoty prevalencie jednotlivých parafilných porúch: pedofília u 0,3 %, hebefília u 1,6 %, zoofília u 0,5 %, fetišizmus u 6,3 %, voyeurizmus u 11,5 %, exhibicionizmu u 2,3 %, frotérstvo/tušérstvo u 8,3 %, sexuálny sadizmus u 1,9 %, patologická sexuálna agresia u 1 % a imobilizácia u 3,6 % všeobecnej populácie (Bártová et al.,2021).

Parafílie sa výrazne častejšie vyskytujú u mužov, ako u žien (podľa rôznych zdrojov v pomere 5:1 až 20:1, pričom existuje rozdiel v prevalencii hlavných parafilných záujmov medzi pohlaviami. Muži vykazujú vyššiu prevalenciu voyeurizmu, exhibicionizmu, sadizmu a froteurizmu, zatiaľ čo u žien je vyššia prevalencia fetišizmu a masochizmu (Castellini et al., 2018). Údaje o vyššom zastúpení niektorých parafilných porúch u žien v porovnaní s mužmi sa síce v epidemiologickej štúdii z Českej republiky nepotvrdili, ale voyerizmus, frotérstvo/tušérstvo a fetišizmus sa v skupine žien vyskytovali najčastejšie.

4 Etiológia

Presná príčina parafilných porúch je neznáma. Je potrebné rozlišovať medzi etiológiou konania determinovaného parafilnou poruchou, ktoré môže byť delikventné, a etiológiou samotnej parafílie. V ďalšom sa stať venuje stručnému prehľadu prístupov k vzniku parafilného konania.

Biologické teórie, vrátane neuroanatomických a neurozobrazovacích štúdií, naznačujú, že u sexuálnych delikventov sú nadmerne zastúpené vrodené alebo získané poškodenia mozgu (Boland & Verduin, 2021). Niektorí pedofilní páchatelia vykazujú štrukturálne poškodenie oblastí mozgu kritických pre sexuálny vývoj. Neurologická hypotéza parafilných porúch predpokladá asociáciu s poškodením

frontálneho a/alebo temporálneho laloku. Toto poškodenie sa môže premietnuť do neschopnosti jednotlivca kontrolovať sexuálne impulzy. Genetické populačné štúdie ani výskum nukleotidových polymorfizmov nepriniesli jednoznačné výsledky. Monoamínová patofyziologická hypotéza (M. P. Kafka, 1997, 2003) je založená na nasledujúcich tézach:
(1) monoamíny – noradrenalín, dopamín a sérotonín majú modulačný efekt na apetitívny aspekt sexuálneho správania u zvierat;
(2) farmakologické údaje získané pri skúmaní antidepresív, psychostimulancií a neuroleptík u ľudí naznačujú, že zmena centrálnej monoamínovej neurotransmisie môže mať podstatné účinky na ľudské sexuálne fungovanie vrátane sexuálneho apetítu;
(3) zdá sa, že monoamínové neurotransmitery modulujú dimenzie psychopatológie ľudí a zvierat vrátane impulzivity, úzkosti, depresie, kompulzivity a pro/antisociálneho správania, teda dimenzií narušených u mnohých parafilných jedincov a
(4) liečivá indikované na psychické poruchy s vyššie uvedenými charakteristikami, najmä látky ovplyvňujúce centrálne zvýšenie hladín sérotonínu, môžu zlepšiť parafilné sexuálne vzrušenie a správanie.
V rámci hormonálnych súvislostí u sexuálnych delikventov bol sledovaný najmä vplyv androgénov, ktoré sú považované za hlavné kauzálne faktory intrauterinnej androgenizácie a neskôr vývoja udržiavania mnohých biologických štruktúr a funkcií. Výsledky výskumov priameho vplyvu testosterónu na sexuálne správanie v dospelosti nie sú jednotné. Zdá sa, že ak vôbec, tak spojenie medzi hladinou plazmatického testosterónu a sexuálnym násilím existuje iba u sexuálnych agresorov s najvyššou mierou použitého násilia. Nie je dôvod domnievať sa, že práve testosterón hrá významnejšiu rolu v etiopatogenéze parafilných porúch, no vo všeobecnosti ovplyvňuje hladinu sexuálnej apetencie a aktivity, preto je oprávnená farmakologická intervencia redukujúca jeho biologický účinok najmä u stavov spojených so zvýšenou sexuálnou potrebou a vzrušením (Weiss, 2017). Psychoanalytický pohľad (Boland & Verduin, 2021) hovorí, že tieto stavy predstavujú regresiu alebo fixáciu na skoršiu úroveň psychosexuálneho vývoja, čo vedie k opakovanému vzoru sexuálneho správania, ktorý nie je zrelý vo svojej aplikácii a vyjadrení. Iná psychoanalytická teória tvrdí, že tieto stavy sú prejavom hostility, v ktorom sú sexuálne fantázie alebo nezvyčajné sexuálne akty reakciou na traumu v detstve. Pretrvávajúca, opakujúca sa povaha parafílie je spôsobená neschopnosťou úplne vymazať základnú traumu. V skutočnosti sa u jedincov s parafíliou niekedy pozoruje anamnéza sexuálneho zneužívania v detstve. Behavioristický pohľad sa zaoberá najmä procesom podmieňovania (Boland & Verduin, 2021). Nesexuálne predmety sa môžu stať sexuálne vzrušujúcimi, ak sú často a opakovane spájané s príjemnou sexuálnou aktivitou. Rozvoj parafílie nie je zvyčajne len otázkou podmieňovania, zvyčajne musí byť prítomný nejaký predisponujúci faktor, ako napríklad ťažkosti pri vytváraní sexuálnych vzťahov medzi ľuďmi alebo slabé sebavedomie. Z ďalších prístupov k patogenéze je potrebné spomenúť aspoň teóriu sexuálneho motivačnéhosystému (Kolářský, 2008; Weiss, 2017).

5 Klasifikácia

Obe súčasné klasifikácie chorôb piata revízia Diagnostického a štatistického manuálu Americkej psychiatrickej asociácie (DSM -5) i ICD -11 využívajú koncept rozlišovania parafílie v zmysle atypického sexuálneho záujmu a parafilnej poruchy, pri ktorej tento danej túžbe vyhovie alebo táto vedie k výrazným ťažkostiam alebo problémom v interpersonálnych vzťahoch (napr. kritérium B podľa DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013). V klinickej praxi sa v prechodnom období používa aj klasifikačné delenie podľa MKCH-10 (WHO, 2009) s predpokladom do roku 2026.

V ICD-11 sú parafilné poruchy (pôvodná diagnostická kategória F65: Poruchy sexuálnej preferencie v MKCH-10) zaradené v kategórii 17: Stavy spojené so sexuálnym zdravím (Conditions related to sexual health). Základnou charakteristikou je prítomnosť vzorcov atypického sexuálneho vzrušenia zahŕňajúce iné osoby, ktoré kvôli svojmu veku či stavu nemôžu alebo nevedia dať súhlas (napr.

predpubertálne deti, zvieratá, alebo nesúhlasiaci jedinci vystavení exhibicionistovi). Tieto prejavy majú byť prítomné niekoľko mesiacov (MKCH-10 vyžadovala minimálne 6 mesiacov) a sexuálne pudenie či fantázie postihnutej osoby sa premietajú do správania alebo prežívania a zapríčiňujú významné utrpenie alebo problémy v medziľudských vzťahoch (World Health Organization, 2022).

Nie je zriedkavou situácia, keď jedinec spĺňa podmienky pre diagnózu viacerých parafilných porúch. Rovnako je častá komorbidita s psychickými poruchami, najmä z afektívneho spektra (depresívne a úzkostné poruchy), stavy súvisiace s užívaním návykových látok či poruchami osobnosti. Aj keď parafilné poruchy môžu byť spojené so zadržaním, uväznením či narušením fungovania (napr. v práci či v medziľudských vzťahoch), tieto nie sú podmienkou diagnózy.

Parafilné poruchy sa nediagnostikujú v detskom veku a pri adolescentoch len s maximálnou opatrnosťou. Pre obdobie adolescencie je typické experimentovanie v sexuálnej oblasti a sexuálne akty môžu byť sýtené príležitosťou či impulzivitou viac ako byť prejavom typického sexuálneho vzorca.

Pri diagnostike je dôležité aj posudzovanie kulturálnych noriem, pretože postoje a interpretácia parafilných záujmov môžu líšiť v jednotlivých spoločenstvách.

Opísaných bolo veľké množstvo parafilných motivácií a väčšina z nich by spĺňala kritériá parafilných porúch. Klasifikačné systémy pomenúvajú explicitne len obmedzený počet, pričom kritérium výberu predstavuje ich frekvencia, prípadne závažnosť ich dôsledkov. Toto zároveň posilňuje dôležitosť kategórií iných a nešpecifikovaných parafilných porúch.

ICD-11 rozlišuje nasledovné parafilné poruchy:

- exhibicionistická porucha,
- voyeuritická porucha,
- pedofilná porucha,
- sexuálna sadistická porucha,
- frotérska porucha,
- iná parafilná porucha zahŕňajúca nesúhlasiace osoby,
- parafilná porucha zahŕňajúca sexuálne správanie osamote alebo súhlasiace osoby,
- parafilná porucha, nešpecifikovaná.

Tabuľka č. 1

Parafilné poruchy podľa ICD-11	
Parafilná porucha	**Opis**
Exhibicionistická porucha	Zahŕňa trvalé, cielené a intenzívne sexuálne vzrušenie, ktoré sa prejavuje pretrvávajúcimi sexuálnymi myšlienkami, fantáziami, nutkaním alebo správaním zahŕňajúcim obnažovanie genitálií pred nič netušiacou osobou na verejných miestach, zvyčajne bez výzvy alebo zámeru bližšieho kontaktu. Aby bolo možné exhibicionistickú poruchu diagnostikovať, musí jedinec tieto myšlienky, fantázie alebo nutkanie uskutočňovať alebo byť nimi vo výraznej miere sužovaný.
Voyeuritická porucha	Vyznačuje sa trvalým, cieleným a intenzívnym sexuálnym vzrušením, ktoré sa prejavuje pretrvávajúcimi sexuálnymi myšlienkami, fantáziami, nutkaním alebo správaním zahŕňajúcim pozorovanie nič netušiaceho jedinca, ktorý je nahý, buď v procese vyzliekania alebo počas sexuálnej aktivity. Aby bolo možné voyeristickú poruchu diagnostikovať, musí jedinec tieto myšlienky, fantázie alebo nutkanie uskutočňovať alebo byť nimi vo výraznej miere sužovaný. Voyeuristickú poruchu výslovne vylučuje konsenzuálne voyeuristické správanie, ku ktorému dochádza so súhlasom pozorovanej osoby alebo osôb.
Pedofilná porucha	Vyznačuje sa trvalým, cieleným a intenzívnym sexuálnym vzrušením, ktoré sa prejavuje pretrvávajúcimi sexuálnymi myšlienkami, fantáziami, nutkaním alebo správaním zameraným na deti pred pubertou. Aby bolo možné pedofilnú poruchu diagnostikovať, musí jedinec tieto myšlienky, fantázie alebo nutkanie uskutočňovať alebo byť nimi vo výraznej miere sužovaný. Táto diagnóza sa nevzťahuje na sexuálne správanie predpubertálnych alebo postpubertálnych detí s rovesníkmi, ktorí sú im vekovo blízki
Sexuálna sadistická porucha (porucha nátlakového sexuálneho sadizmu)	Vyznačuje sa trvalým, cieleným a intenzívnym sexuálnym vzrušením, ktoré sa prejavuje pretrvávajúcimi sexuálnymi myšlienkami, fantáziami, nutkaním alebo správaním zahŕňajúcim spôsobovanie fyzického alebo psychického utrpenia osobe, ktorá s tým nesúhlasí. Aby bolo možné poruchu nátlakového sexuálneho sadizmu diagnostikovať, musí jedinec tieto myšlienky, fantázie alebo nutkanie uskutočňovať alebo byť nimi vo výraznej miere sužovaný. Porucha nátlakového sexuálneho sadizmu výslovne vylučuje konsenzuálny sexuálny sadizmus a masochizmus.
Frotérska porucha	Vyznačuje sa trvalým, cieleným a intenzívnym sexuálnym vzrušením, ktoré sa prejavuje pretrvávajúcimi sexuálnymi myšlienkami, fantáziami, nutkaním alebo správaním zahŕňajúcim dotýkanie sa alebo trenie sa o nesúhlasiacu osobu na preplnených verejných miestach. Aby bolo možné frotéristickú poruchu diagnostikovať, musí jedinec tieto myšlienky, fantázie alebo nutkanie uskutočňovať alebo byť nimi vo výraznej miere sužovaný. Frotéristickú poruchu výslovne vylučuje konsenzuálne dotýkanie sa alebo trenie, ku ktorým dochádza so súhlasom zúčastnenej osoby alebo osôb.
Iná parafilná porucha zahŕňajúca nesúhlasiace osoby	Vyznačuje sa trvalým, cieleným a intenzívnym sexuálnym vzrušením, ktoré sa prejavuje pretrvávajúcimi sexuálnymi myšlienkami, fantáziami, nutkaním alebo správaním zameranými na osoby, ktoré nie sú ochotné alebo schopné dať súhlas, ale ktoré nie sú konkrétne opísané v žiadnej z ostatných pomenovaných kategórií parafilných porúch (napr. vzorce vzrušenia zahŕňajúce mŕtvoly alebo zvieratá). Jednotlivec musí tieto myšlienky, fantázie alebo nutkania uskutočňovať alebo byť nimi vo výraznej miere sužovaný. Túto poruchu výslovne vylučuje sexuálne správanie, ktoré sa vyskytuje so súhlasom zúčastnenej osoby alebo osôb za predpokladu, že sa považujú za schopné poskytnúť takýto súhlas.
Parafilná porucha zahŕňajúca sexuálne správanie osamote alebo súhlasiace osoby	Vyznačuje sa trvalým, cieleným a intenzívnym sexuálnym vzrušením, ktoré sa prejavuje pretrvávajúcimi sexuálnymi myšlienkami, fantáziami, nutkaním alebo správaním zameranými na súhlasiace dospelé osoby alebo solitárne sexuálne správanie. Musí byť prítomný jeden z nasledujúcich dvoch prvkov: 1) osoba je výrazne sužovaná povahou vzorca vzrušenia, a to nielen v dôsledku odmietnutia alebo obáv z odmietnutia vzorca vzrušenia inými osobami; alebo 2) povaha parafilného správania zahŕňa významné riziko zranenia alebo smrti buď pre jednotlivca, alebo pre partnera (napr.asfyxofília).
Parafilná porucha nešpecifikovaná	

Zdroj: spracované podľa (World Health Organization, 2022)

Tabuľka č. 2

Prevod diagnóz medzi ICD-11 a MKCH-10	
ICD-11	**MKCH-10**
6D30 Exhibicionistická porucha	F65.2 Exhibicionizmus
6D31 Voyeuristická porucha	F65.3 Voyeurizmus
6D32 Pedofilná porucha	F65.4 Pedofília
6D33 Sexuálna sadistická porucha	F65.8 Iné poruchy sexuálneho zamerania
6D34 Frotérska porucha	F65.8 Iné poruchy sexuálneho zamerania
6D35 Iná parafilná porucha zahŕňajúcanesúhlasiace osoby	F65.8 Iné poruchy sexuálneho zamerania
6D36 Parafilná porucha zahŕňajúca sexuálne správanie osamote alebo súhlasiace osoby	F65.8 Iné poruchy sexuálneho zamerania
6D3Z Parafilná porucha nešpecifikovaná	F65.9 Nešpecifikovaná porucha sexuálneho zamerania

Zdroj: spracované podľa (World Health Organization, 2022).

6 Komplexný zdravotný manažment

6.1 Diagnostika

Existujú tri hlavné typy vyšetrovacích metód používaných bez ohľadu na teoretický prístup: anamnestické, psychodiagnostické a psychofyziologické. Výlučne komplexné použitie dostupných vyšetrovacích metód, zahrňujúce informácie získané z auto- a heteroanamnézy, údajov z dostupnej dokumentácie (chorobopis, spisový materiál, rôzne posudky, odpisz registra trestov), výsledkov projektívnych, testových a pomôcnych psychofyziologických metód umožňujú maximálne objektívne posúdenie psychického stavu pacienta a jeho sexuálneho motivačného systému.

Diagnostický postup pozostáva z nasledujúcich častí:

1. oboznámenie sa s dostupnou dokumentáciou: chorobopis, spisový materiál, predchádzajúce vyšetrenia, resp. posudky, odpis z registra trestov, atď. ;
2. úvodný rozhovor;
3. pozorovanie – emočné reakcie, mimika, gestikulácia, hlasové prejavy, celkové správanie;
4. autoanamnéza (na tomto štádiu vyšetrenia neupriamovať pozornosť na sexuálnu anamnézu) a heteroanamnéza;
5. psychodiagnostické vyšetrenie – projektívne a dotazníkové metódy;
6. detailná sexuálna anamnéza (s použitím podkladov z doterajších výsledkov vyšetrení, auto- a heteroanamnézy);
7. v prípade potreby opätovný cielený rozhovor s vyšetrovaným;
8. ak je nutné - doplňujúce psychofyziologické vyšetrenie (PPG).

6.1.1 Anamnéza

Rozbor anamnestických údajov týkajúcich sa sexuálneho života vyšetrovaného jedinca je zásadnou diagnostickou metódou pri vyšetrovaní sexuálneho zamerania. Dôkladne vedený rozhovor s pacientom a analýza objektívnych údajov sa ukazujú ako najspoľahlivejšie nástroje na určenie možných odchýlok vo vývoji sexuálnej motivácie. Posudzujeme sexuálne správanie, obsah masturbačných fantázií, erotických (polučných) snov a citovú preferenciu (objekt romantickej lásky). Psychosexuálny vývoj často obsahuje špecifické znaky, ktoré informovaný diagnostik môže identifikovať aj pri bežnom psychologickom a psychiatrickom vyšetrení. Tieto znaky môžu poukazovať na kvalitatívnu odchýlku sexuálnej motivácie.

Znaky sexuálne parafilného vývoja sa často prejavujú už v detstve (napr. prípady týrania zvierat u sadistov, všeobecná agresivita u sexuálnych agresorov, alebo zakladanie ohňov u pyrofilov). Odlišné bývajú aj sexuálne fantázie a sny, ktorých obsahy často nadobúdajú parafilný obsah už v období puberty. Reakciou na pocity viny z „nenormálnosti“ môže byť potlačovanie sexuality alebo naopak zvýšená potreba masturbácie s cieľom aspoň fantazijného uspokojenia sexuálnych potrieb. U niektorých jedincov môžu byť parafilné podnety a stimuly neoddeliteľnou súčasťou sexuálnych praktík nevyhnutných na dosiahnutie vzrušenia. Pre iných však parafilné stimuly a fantázie nemusia zohrávať až takú dôležitú rolu v bežnom sexuálnom živote. Parafilné preferencie môžu mať epizodický charakter a objavovať sa len za istých podmienok, napr. v obdobiach zvýšenej psychickej záťaže. Analýzou partnerského sexuálneho života (dôležité sú aj informácie od sexuálnych partneriek a partnerov) sa často zisťujú rôzne dysfunkcie. Často sa prejavia už pri prvom pohlavnom styku (typicky problémy s erekciou alebo výrazne oneskorená ejakulácia, obzvlášť pri parafiliách zameraných na neobvyklé objekty). Prejavy predčasnej ejakulácia sú častejšie pri parafiliách spojených s neobvyklými sexuálnymi aktivitami. Dysfunkcie v partnerskom sexuálnom vzťahu sa môžu objavovať buď epizodicky, najmä v obdobiach zvýšenej frekvencie parafilných aktivít, alebo celoživotne a môžu imponovať ako strata alebo zníženie sexuálnej túžby. Ďalšie sexuálne dysfunkcie prejavujúce sa v partnerskom styku môžu byť anorgazmia, anejakulácia, či oneskorená ejakulácia. V anamnéze často zisťujeme slabú motiváciu, či nezáujem o bežné sexuálne aktivitya preferenciu netypických sexuálnych praktík. Typickým je nápadne dlhý časový odstup medzi prvými sexuálnymi skúsenosťami a ďalšími sexuálnymi aktivitami, či špecifické parcialistické zameranie na určitú oblasť tela (napr. jedinci so sadistickou poruchou udávajú typicky zadok a stehná, jedinci s pedofilnou poruchou detskú tvár). Neschopnosť správne rozpoznať erotické signály od žien môže byť vnímaná ako nedostatok sexuálnej empatie, egoizmus či bezohľadnosť, čo vedie k neúspechom v partnerských vzťahoch a k neschopnosti udržaťdlhodobé citové a partnerské väzby. Ľudia s parafilnou poruchou často nezažili prvú platonickú lásku a neskoršie ani hlbokú romantickú lásku.

Kognitívne charakteristiky sú dôležité pre pochopenie miery kognitívneho skreslenia, charakteristiky obranných mechanizmov, postojov k osobám opačného pohlavia či deťom, a postojov k protispoločenskému konaniu všeobecne.

Zneužívanie a závislosť od alkoholu a nelegálnych drog často vedie k deliberácii prítomných parafilných sklonov a pri vyšetrení sa treba zamerať aj na túto oblasť.

6.1.2 Psychodiagnostické metódy

Psychologické vyšetrenie poskytuje na základe psychodiagnostických metód (klinických aj testových) diferenciálne-diagnosticky významné informácie, ktoré slúžia najmä k rozlíšeniu deviantného sexuálneho správania, ktoré môže mať epizodický charakter v rámci rôznych vývinových období, môže mať symptomatický charakter pri rôznych psychických poruchách, a napokon môže byť aj prejavom sexuálnej deviácie v zmysle kvalitatívnej odchýlky štruktúry sexuálneho motivačného systému, resp. v zmysle trvalej poruchy sexuálnej preferencie v spôsobe alebo v objektu uspokojovania sexuálnej potreby. V každom prípade je v rámci psychodiagnostického prístupu k sexuálnym deviantom kladený dôraz na nevyhnutné zachovanie základných princípov psychodiagnostického postupu s osobitným akcentom na aplikáciu klinických metód (pozorovanie, rozhovor, anamnestické interview), ktoré sú doplnené vybranými testovými metódami z okruhu testov osobnosti s dôrazom na projektívne metódy (Rorschachova metóda (ROR), Hand-test, Test kresby ľudskej postavy (FDT), resp. Hárdiho variant dynamického testu kresby ľudskej postavy.

Charakteristické diferenciálno-diagnosticky významné znaky vývinu osôb s parafilnou poruchou uvádza tabuľka č. 3.

Tabuľka č. 3

	Charakteristické znaky vývinu pri parafilných poruchách
1.	Atypické zameranie a atypické správanie v detstve. Preferencia hračiek a hier, ktoré sú vlastné príslušníkom opačného pohlavia, prezliekanie sa do bielizne a šiat príslušníkov opačného pohlavia, záľuba v týraní zvierat a zvýraznené prejavyagresivity všeobecne už v detskom veku (sadisti, sexuálni agresori)
2.	Odlišné, neobvyklé obsahy alebo chýbanie masturbačných fantázií a snovsprevádzajúcich polúcie
3.	Výskyt funkčných sexuálnych porúch pri prvých pokusoch o pohlavný styka spravidla posun prvých probatórnych sexuálnych aktivít do vyššieho vekovéhoobdobia, prípadne ich príliš skorý začiatok
4.	Nápadný časový odstup – niekedy trvajúci aj roky– medzi prvým a ďalšímpohlavným stykom
5.	Nedostatočná motivácia k obvyklým sexuálnym aktivitám, ktorú spravidla racionalizujú poukazom na nedostatok príležitosti, svojou hanblivosťou, neatraktivitou, zábranami a pod
6.	Nedostatok sexuálnej empatie v zmysle neschopnosti správne dekódovať erotickésignály zo strany žien, resp. v zmysle ich mylného dekódovania, neobratnosťv rámci zbližovacích aktivít (dvorenie) a znížená schopnosť či ochota porozumenia a vyhovenia potrebám partnerky
7.	Záujem o neobvyklé časti ženského tela, resp. parciálna zameranosť často nazadok a stehná či iné časti tela, namiesto poprsia a pohlavných orgánov
8.	Chýbanie hlbších citových vzťahov počnúc chýbaním prvých lások v anamnéze,ako aj chýbaním citu zamilovanosti a lásky, neschopnosť vytvoriť a udržať si trvalejší partnerský vzťah (preferencia neosobných kontaktov)

Zdroj: spracované podľa (Kolarsky & Brichcin, 2000; Weiss, 2017)

Z dotazníkových metód sa využívajú osobnostné dotazníky – MMPI-2 (Minnesotské multifázické osobnostné inventórium v jeho slovenskej reštandardizácii) (Butcher, 2004), ICL (Dotazník interpersonálnej diagnostiky) (Kožený & Ganický, 1976), síce priamo neumožňujú diagnostikovanie poruchy sexuálnej preferencie ale poskytujú užitočné informácie o osobnostných a interpersonálnych charakteristikách vyšetrovaných. Osvedčujú sa tiež dotazníkové metódy, pomocou ktorých mapujeme aj prejavy sexuality nedeviantnej populácie (SFŽ, SFM, GRASSI – Dotazník sexuálnej spokojnosti) (Grassi, 1992; Žourková, 2002). Keďže parafilná porucha spravidla predstavuje závažný celoživotný problém, ktorý často výrazne ovplyvňuje formovanie osobnosti a vzťahy osoby s jeho okolím, je detekovanie sekundárnych adaptačných problémov, ktoré dominujú v psychopatologickom profile jednotlivca, mimoriadne dôležitou súčasťou diagnostického procesu.

Z projektívnych metód má osobitný význam **ROR**. Popri osobnostných charakteristikách, poskytuje aj základné informácie pre porozumenie sexuálnej identity a miery osvojenia si sexuálnej role, ako aj úrovne sexuálnej zrelosti. Taktiež prispieva k pochopeniu schopnosti vytvárať emocionálne naplnené a zrelé vzťahy založené na primeranej spolupráci, resp. možnosti formovania párov s prejavmi vzájomnosti. Reakcie na Rorschachove tabuľky môžu odhaliť traumatické zážitky, obavy a vnútorné konflikty, ktoré môžu byť základom parafilnej orientácie. Napríklad, opakovaný výskyt detských postáv alebo negatívny vzťah k zrelým osobám opačného pohlavia. Určitý typ reakcií môže poukazovať na maladaptívne správanie, ako sú fetišizmus alebo sadomasochizmus (Giacomuzzi, 2014). Interpretácia Rorschachovho testu, ktorá zahŕňa analýzu obsahových a formálnych aspektov odpovedí v kontexte pacienta, umožňuje identifikovať príznaky a vzorce správania súvisiace aj so sexuálnymi deviáciami (Piotrowski, 2013; Weiner, 2001). Osoby s poruchou sexuálnej preferencie sa v ROR metóde prejavuje dvojakým spôsobom – prvá skupina sa svojimi špecifickými reakciami prejavuje priamo, druhá, početnejšia, chýbaním ukazovateľov majoritnej, bezproblémovej sexuality, resp. sexuálnej „normy“, čo indikuje potrebu prehĺbenia cielenej verbálnej explorácie. Významné informácie

o sexualite vyšetrovanej osoby poskytuje kvalitatívna analýza reakcií na sexuálne relevantné tabuľky Rorschachovej metódy v súlade s ich vyzývacími charakteristikami.

Test kresby ľudskej postavy (FDT, HFD test, Hárdiho dynamická varianta kresby ľudskej postavy) vypovedá o sebaobraze vyšetrovanej osoby, o identifikácii s vlastnou psychosexuálnou rolou, o postojoch a vzťahoch k opačnému pohlaviu a tiež k ľuďom všeobecne (Altman, 2016). Popri psychopatologických aspektoch kresba postavy odhaľuje osobnostné rysy, úroveň emocionálnej stability a prejavy, ktoré môžu byť spojené s rodovou dysfóriou a s poruchami sexuálnej preferencie. Zmeny v proporciách, detailoch alebo celkovom výraze postavy môžu naznačovať psychické problémy všeobecne ako aj problémy v sexuálnom živote (Kandeel, 2007).

Hand test (Test apercepcie ruky) poskytuje významné informácie o osobnostných charakteristikách a preferovaných stratégiách sebapresadzovania a v neposlednom rade o „normalite" osobnosti s určitým diferenciálno-diagnostickým potenciálom (Altman, 2016). Pomer indikátorov agresívnych tendencií a kompenzačných prosociálnych nastavení nepriamo prispieva aj k diagnostikovaniu istých osobitostí sexuálneho života.

Szondiho test (Szondi, 1972), ako doplnková testová metóda, aj mimo svojho zložitého teoretického pozadia, po štatistickej analýze jeho výsledkov, poskytuje zužitkovateľné informácie o maskulinite, femininite, o sexualite ako aj o agresívnych tendenciách, špeciálne aj o možných prejavoch agresie v sexuálnej interakcii v zmysle poruchy sexuálnej preferencie.

MMPI-2 dobre dopĺňa vyšetrenie projektívnymi technikami a poskytuje komplexné informácie o osobnostných rysoch a prítomnosti psychopatologických prejavov. Škály MMPI-2 sú zamerané na špecifické symptómy a môžu byť aplikované na rôzne psychické poruchy, vrátane odchýlok, ktoré môžu súvisieť so sexuálnym životom, resp. s poruchami sexuálnej preferencie (Floyd & Gupta, 2024; Kandeel, 2007; Taylor & Lee, 2015; Weiner, 2001). Test navyše spoľahlivo odhaľuje simulačné, disimulačné a agravačné tendencie.

ICL (Interpersonal Checklist – Dotazník interpersonálnej diagnostiky) meria typ a intenzitu mechanizmov, ktoré používa skúmaná osoba v styku s ľuďmi vo svojom okolí. Dotazník poskytuje obraz o adaptívnych a maladaptívnych formách interpersonálneho správania vyšetrovanej osoby až po ich patologické extrémy – dominujúce psychopatologické príznaky. Testové výsledky tak poskytujú užitočné informácie aj o osobitostiach sexuálnej interakcie (Svoboda, 2022).

V rámci psychodiagnostiky v každom prípade hľadáme prieniky informácií získaných z čo najrôznorodejších zdrojov (auto- a heteroanamnestické údaje, výsledky testových metód rôznych okruhov).

6.1.3 Psychofyziologické metódy

Penilná pletyzmografia (PPG) je fyziologická diagnostická metóda využívaná na meranie sexuálneho vzrušenia prostredníctvom zaznamenávania zmien v objeme alebo obvode penisu počas vystavenia rôznym vizuálnym, zvukovým alebo kombinovaným stimulom. Pri realizácií PPG vyšetrenia sa na penis pacienta umiestňuje prístroj, ktorý zaznamenáva zmeny objemu či prekrvenia penisu počas prezentácie sexuálneho stimulu. Typickými stimulmi sú obrazy, zvuky alebo videá sexuálnych situácií, ktoré sú špecificky vybrané na testovanie pacientových sexuálnych preferencií (žien, mužov, detí, erotických alebo agresívnych scén, obrazy určitých situácií). Využíva sa pri diagnostike parafilných porúch, najčastejšie pedofilnej, sexuálne sadistickej, fetišistickej a exhibicionistickej. Senzitivita PPG sa pohybuje na úrovni 55 – 61 % a špecifickosť 95 - 96 % (Blanchard et al., 2001). Spoľahlivosť a klinická

užitočnosť PPG je však predmetom odborných diskusií, pričom ako hlavné výhrady sú uvádzané nízka test-retest spoľahlivosť, subjektívna interpretácia výsledkov, ovplyvnenie rušivými faktormi (testovacie prostredie, stimul, sociálne žiaduca odpoveď, veľká variabilita odpovedí u toho istého jedinca a pod.) (W. Marshall, 2006; W. L. Marshall, 2014; Murphy et al., 2015; Wilson et al., 2011). I keď PPG môže poskytnúť určité klinické informácie, treba mať na pamäti obmedzenia v jej spoľahlivosti, validite a etike. V súčasnosti ju môžeme použiť len ako pomocnú diagnostickú metódu, s dôrazom na komplexnosť vyhodnotenia všetkých dostupných informácii kompetentným odborníkom (psychiatrom – sexuológom).

Zisťovania parafilného záujmu pomocou falopletyzmografie je diagnostickým úkonom, ktorý však nie je možné využiť na prognostické zhodnotenie. Nakoľko je parafilný záujem trvalý, podmieňovať „negatívnym“ výsledkom falopletyzmografického vyšetrenia napr. prepustenie z ústavnej formy ochranného liečenia nie je z medicínskeho hľadiska odôvodniteľný postup (viď aj Štandardný operačný postup pre ochranné liečenia).

6.1.4 Komorbidity a diferenciálna diagnostika parafilných porúch

Parafilné poruchy vykazujú vysokú úroveň komorbidít s inými psychickými poruchami (Gordon & Grubin, 2004). Napríklad u zadržaných osôb s pedofilnými poruchami boli príznaky zistené komorbidity s poruchami osobnosti, afektívnymi poruchami, látkovými závislosťami, schizofréniou a inými psychotickými poruchami a kognitívnymi poruchami u 30 - 50 %. Komorbidity s poruchami kontroly impulzov sa v skupine osôb s pedofilnými poruchami zistili u 30 - 55 %, najčastejšie to sú explozívne črty osobnosti, kleptománia, pyrománia alebo patologické hráčstvo (Hall & Hall, 2007). Súbežný výskyt parafilnej poruchy a schizofrénie či bipolárnej afektívnej poruchy nie je častý, udáva sa u 1,7 – 16 % prípadov (W. L. Marshall, 2006). Aj keď boli opísané prípady, kedy prejavy parafílie súviseli s psychotickým stavom a odozneli s úspešnou liečbou psychózy, väčšinou sa jedná o nezávislú komorbídnu diagnózu (Smith & Taylor, 1999). Najčastejšie komorbidity vyskytujúce sa s parafilnými poruchami všeobecne sú najmä závislosti (najmä alkoholizmus), osobnostné patológie (najčastejšia antisociálna porucha osobnosti), afektívne poruchy (depresívne a úzkostné poruchy) a poruchy sústredenia a pozornosti (M. P. Kafka & Hennen, 2002; M. P. Kafka & Prentky, 1998). Najčastejšie „organické“ poškodenia mozgu, ktoré sú asociované s prejavmi parafílie sú úrazy mozgu (najmä úrazy limbického systému), epilepsia temporálneho laloku, Klein-Levinov syndróm, Klüver-Bucyho syndróm a Huntingtonova choroba. Prejavy hypersexuality a parafilných porúch môžu byť súčasťou dopamín - dysregulačného syndrómu pri liečbe agonitami dopamínových receptorov (napr. pramipexol, ropinirol a pergolid) u pacientov s Parkinsonovou chorobou, ale aj pri syndróme nepokojných nôh či prolaktinóme. Vzťahy medzi kompulzívnou poruchou sexuálneho správania a parafilnými poruchami sú nateraz nedostatočne objasnené. Pri porovnaní skupiny osôb s hypersexuálnym správaním a zdravými kontrolami sa parafilné poruchy ako exhibicionizmus, voyerizmus, masochizmus, sadizmus, fetišizmus, frotérstvo alebo transvestitizmus vyskytli podstatne častejšie u osôb s hypersexuálnymi prejavmi (47 % vs.3 %) (Engel et al., 2019). Muži s hypersexuálnymi prejavmi v tejto štúdii tiež vykazovali vyššiu mieru sledovania materiálov zahŕňajúcich zneužívanie detí a nátlakové sexuálne správanie. Problematická je diagnostika u osôb s mentálnym postihnutím, ktoré prejavujú parafilné symptómy. Sú ohrození rizikom nesprávnej diagnózy parafilnej poruchy, pričom aj prejavy psychickej poruchy sa môžu prejavovať inak, alebo môže byť pre nich obtiažne rozpoznať alebo opísať psychiatrické príznaky (Fletcher et al., 2016). Pri diferenciálnej diagnostike najmä afektívnych porúch všeobecne treba uvažovať aj opačný vzťah v zmysle, že prejavy parafilnej poruchy u jedinca môžu vyvolávať stres, pocity viny, hanby a zvýšený stres s následkom rozvoja afektívnej poruchy, ktorá v kombinácii so stigmatizáciou zásadne komplikuje schopnosť a ochotu vyhľadať profesionálnu pomoc.

6.2 Terapia

Parafilné poruchy sú stavy prebiehajúce celoživotne. Terapiou je možné ovplyvniť schopnosť kontroly parafilných fantázií, nutkania alebo konania a znížiť úroveň stresu, ktorý vyvolávajú. U ľudí s parafilnou poruchou, ktorí sa nedopustili kriminálneho konania je toto hlavným cieľom liečby. U osôb, ktoré sa dopustili nezákonného konania môže byť súdom nariadená liečba aj bez ich súhlasu, ktorej cieľom je eliminovanie ich nebezpečnosti pre spoločnosť.

Ideálom vo vyústení terapie je dosiahnutie „sexuálnej adaptácie“, čo je stav, kedy jedinec netrpí psychickými, sociálnymi ani sexuálnymi problémami. Predpokladom je získanie náhľadu na parafilnú sexuálnu motiváciu.

Konkrétnejšie ciele v liečbe parafilných porúch môžeme zadefinovať nasledovne:

1. kontrolovať parafilné fantázie a konanie, a tak znižovať riziko sexuálneho deliktu;
2. kontrolovať parafilné sexuálne nutkanie;
3. znížiť úroveň stresu a utrpenia osôb s parafilnými poruchami;
4. podporiť neparafilné sexuálne záujmy a správanie.

Pre liečbu pacienta s parafilnou poruchou sa odporúča vytvorenie individualizovaného liečebného plánu zahŕňajúceho psychoterapeutické, farmakologické i režimové postupy, ktorý má byť pravidelne revidovaný a s ktorým má byť táto osoba oboznámená.

Trvanie liečby by malo byť minimálne 2 roky pri menej závažných parafilných poruchách a najmenej 5 rokov alebo aj dlhšie, ak existuje riziko sexuálneho násilia (Pečeňák & Kořínková, 2016; Thibaut et al., 2020). V rámci ochranného liečenia podľa Štandardného postupu pre realizáciu ochranných liečení má byť podaný pri ambulantnom ochrannom sexuologickom liečení návrh na jeho ukončenie až po 5 rokoch stabilizovaného stavu a po posúdení znalcom v odvetví Sexuológia.

Liečba komorbidných somatických stavov a psychických porúch má prebiehať podľa príslušných štandardných diagnostických a terapeutických postupov.
Algoritmus sledovania parametrov telesného stavu pred zahájením farmakologickej liečby a aj v jej priebehu zobrazuje tabuľka č. 4.

Tabuľka č. 4

Odporúčané hodnotenie a vyšetrenia pacienta pred a počas liečby parafilnej poruchy					
	pred liečbou	**3 mesiace**	**6 mesiacov**	**1 rok**	**vždy po 1 roku**
SSRI alebo antiandrogény[1] alebo GnRH agonisti					
Hodnotenie sexuálnych fantázií a správania (parafilného aj neparafilného)	+	+	+	+	+ (pri každej ďalšej konzultácii)
Výška, váha, BMI	+	+	+	+	+
TK	+	+	+	+	+
EKG	+	+	+ (ak kardiálne prejavy)	+ (ak kardiálne prejavy)	+ (ak kardiálne prejavy)
Hepatálne funkcie	+	+	+ (ak CPA)	+ (ak CPA alebo agonistiGnRH))	+ (ak CPA alebo agonisti GnRH, ak CPA vždy po 3-6mesiacoch)
Renálne funkcie	+	+	-	+ (ak agonisti GnRH)	+ (ak agonisti GnRH)
T3, TSH	+	+	-	-	-
KO	+	+	-	-	-
Glykémia	+	+	-	+	+
Lipidový profil	+	+	-	+	+
Antiandrogény alebo GnRH agonisti					
Písomný informovaný súhlas	+	-	-	-	-
Sérové hladiny Ca, P	+	+	-	+	+
Somatické vyšetrenie vrátane genitálu	+	+	+	+	+
Známky feminizácie (najmä gynekomastia)	+	+	+	+	+
Depresia, suicidálne ideácie	+	+	+	+	+
Testosterón[4], SHBG, LH, prolaktín	+	+	-	-	-
Osteodenzitometria	+	+	-	+ [2]	+
MR mozgu[3]	+	+	-	-	+ (ak CPA)

[1]Musí byť ukončená puberta a rast.

[2]Nevyhnutné v prípade zvýšeného rizika osteoporózy: zlomeniny alebo vek > 50 rokov, kombinácia kortikoidov alebo antikonvulzív, poruchy spojené s požívaním alkoholu, vysokoodporúčané v iných prípadoch. V prípade osteoporózy musia byť predpisované vápnik, vitamín D alebo bifosfonáty, aby sa predišlo zlomeninám kostí.

[3]Len v prípade liečby CPA: štruktúry mozgu musia byť kontrolované MR v 5. roku a potom každé 2 roky v prípade dlhého trvania liečby (> 6 mesiacov) a vysokého dávkovania. Keď je CPA vysadený, nie je potrebné štrukturálne vyšetrenie mozgu MRI. V prípadoch liečby agonistom GnRH, pred začiatkom liečby skontrolovať aktívne ochorenie hypofýzy ahypotalamu alebo meningeóm.

[4]Hladiny testosterónu v krvi sa môžu merať počas liečby v prípade nekontrolovateľných prerušení liečby alebo v prípade rizika maskovanej suplementácie testosterónu.

Špeciálne varovanie: FDA varovala pred zvýšeným rizikom diabetu a určitých kardiovaskulárnych ochorení (srdcový infarkt, náhla srdcová smrť a mŕtvica) u mužov, ktorí dostávajú lieky s agonistom GnRH na liečbu rakoviny prostaty.

6.2.1 Farmakologická liečba

Triptorelín (jedného z GnRH) je registrovaný v niektorých krajinách Európskej únie (Škandinávia, Francúzsko) v indikácii liečby parafilnej poruchy, ale nie je dostupný v Slovenskej republike. Pre triptorelín (Diphereline S.R. plu igf 1x11,25mg+1x2ml disp.prostr.) bolo Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky schválené skupinové povolenie na jeho použitie v neschválenej indikácii parafília pre potreby zdravotníckych zariadení v Slovenskej republike. Použitie lieku mimo indikačného spektra je potrebné zaznačiť v zdravotnej dokumentácii.

6.2.1.1 Psychofarmaká

Spomedzi skupiny psychofarmák má najvyššiu mieru dôkazov o účinnosti skupina selektívnych inhibítorov spätného vychytávania sérotonínu (SSRI) – úroveň dôkazu C. Existujú klinické dôkazy o tom, že minimálne sertralín a fluoxetín redukujú parafilné sexuálne správanie u porúch ako napr. exhibicionizmus či pedofília bez sexuálnych deliktov na deťoch. Táto skupina liečiv je navyše spojená s priaznivým profilom nežiaducich účinkov. SSRI môžu byť použité aj v kombinácii s antiandrogénnou liečbou alebo liečbou agonistami gonadotropín uvoľňujúceho hormónu (GnRH) najmä v úvode liečby pri rozvoji symptómov depresie. SSRI majú preukázaný pozitívny vplyv aj pri pridružených poruchách kontroly impulzov či stavoch obsedantno-kompulzívneho spektra (Thibaut et al., 2020).

Skupina psychofarmák je síce v liečbe parafilných porúch používaná dlhodobo, avšak úroveň dôkazov svedčiac pre ich účinnosť je naďalej veľmi nízka, čo je následkom nedostatku kontrolovaných štúdií najmä v skupine pacientov bez pridružených psychiatrických komorbidít(Thibaut et al., 2020). Spomedzi používaných psychofarmák (okrem skupiny SSRI) majú najviac údajov o možnej účinnosti antipsychotiká (haloperidol, risperidón), antikonvulzíva a lítium, naltrexon resp. antidepresíva iných skupín (tricyklické antidepresíva a mirtazapín). Účinnosť týchto liečiv je hodnotená úrovňou dôkazu E, pričom sa zdôrazňujú možné nežiaduce účinky liečby.

Zhrnutie: spomedzi psychofarmák má opodstanenie pri liečbe parafilných porúch použitie antidepresív typu SSRI a to najmä pri menej závažných stavoch, pri ktorých nedochádza k fyzickému kontaktu s obeťami a nízkym rizikom sexuálneho násilia. Použitie ostatných skupín psychofarmák je možné, avšak preferenčne pri pridružených psychiatrických komorbiditách.

6.2.1.2 Hormonálna liečba

Indikáciu hormonálnej liečby z bioetického hľadiska pripúšťajú podľa belgického regulačného orgánu pre bioetiku napr. české guideliny resp. doporučený postup Svetovej federácie spoločností pre biologickú psychiatriu (WFSBP – World Federarion of Societies of Biological Psychiatry) (Thibaut et al., 2020) pri splnení všetkých nasledujúcich podmienok:

- parafília (parafilná porucha) bola u človeka diagnostikovaná po dôkladnom odbornom vyšetrení,
- hormonálna terapia je zameraná na špecifické klinické symptómy a spôsoby správania a je prispôsobená pacientovmu zdravotnému stavu,
- stav pacienta predstavuje vysoké riziko vážneho ohrozenia jeho zdravia alebo fyzickej či morálnej integrity,
- nie sú dostupné iné, menej invazívne liečebné prostriedky,
- ošetrujúci odborník informuje pacienta a získa jeho súhlas, súhlasí s prevzatím zodpovednosti za indikáciu liečby a za ďalšie sledovanie pacienta vrátane jeho somatického stavu,

v odôvodnených prípadoch aj s pribratím endokrinológa ako konzultanta,
- hormonálna liečba je súčasťou písomného terapeutického plánu, ktorý je v adekvátnych intervaloch kontrolovaný a v prípade potreby revidovaný.

Pred začiatkom a v priebehu liečby antiandrogénmi alebo GnRH agonistami je potrebné zhodnotenie a sledovanie stavu pacienta. To zahŕňa vyhodnocovanie sexuálneho správania a fantázií, príznaky depresie, myšlienok na samovraždu, vstupné vyšetrenie a pravidelné sledovanie hmotnosti, BMI, krvného tlaku, EKG (pokiaľ sú hlásené kardiologické ťažkosti), hepatálnych a renálnych funkcií, krvného obrazu, hladiny glykémie, lipidového profilu, hladiny vápnika a fosfátov, funkcie štítnej žľazy, hladiny hormónov v plazme, telesné vyšetrenie - vrátane genitálií, rizika feminizácie (gynekomastia) a vyšetrenie osteodenzitometrie. Pri liečbe CPA je nutné realizovať MRI vyšetrenie a mozgu, následne spraviť kontrolné vyšetrenie o 2 roky (viď aj tabuľka č. 4).

Antiandrogény

V indikácii hormonálnej liečby prípravkom s antiadrogénnym pôsobením sa zvyčajne uvádzajú dva prípravky: cyproterónacetát (CPA) a medroxyprogesterónacetát (MPA). Indikáciu na potlačenie patologicky zmeneného pohlavného pudu u muža z dôvodu parafilnej poruchy má na Slovensku len CPA (SPC, Androcur). CPA má centrálne inhibičný účinok, ktorý spôsobuje zníženie syntézy testosterónu v testes, znižuje sérové hladiny testosterónu a kompetitívne inhibuje účinok androgénov na androgén-dependentných cieľových orgánoch. Dostupný je v podobe tabliet na perorálne použitie alebo v depotnej forme. Liečba a dávkovanie sa má riadiťpodľa platného SPC, pričom maximálna denná dávka je stanovená na 300 mg. Na stabilizáciu terapeutického účinku je potrebná dlhodobá liečba, najmenej 3 roky, pričom v niektorých prípadoch je odporúčaná aj celoživotná liečba na udržiavacej dávke 12,5 až 25 mg denne (Thibaut et al., 2020). Žiaduce je súbežné psychoterapeutické vedenie. Kontraindikáciami liečby sú ochorenia pečene, Dubinov-Johnsonov syndróm, Rotorov syndróm, nádor pečene, meningeóm, kachektizujúce ochorenia, ťažká chronická depresia, tromboembolické procesy, ťažký diabetes mellitus s cievnymi zmenami, kosáčikovitá anémia a precitlivelosť na liečivo alebo pomocné látky prípravku (SPC, Androcur). Najčastejšími nežiaducimi účinkami pri užívaní sú zníženie libida, erektílna dysfunkcia a reverzibilná inhibícia spermatogenézy, gynekomastia, zvýšenie telesnej hmotnosti, tromboembolické komplikácie a hepatocelulárne poškodenie. Najzávažnejšími nežiaducimi účinkami môže byť hepatálna toxicita, benígne a malígne tumory pečene s následkami ako intraabdominálna hemorágia a tromboembolické príhody.
Úroveň dôkazov pre CPA je C, pričom hodnotenie pomeru rizika a benefitu liečby je stredne veľký (Thibaut et al., 2020).

Analógy GnRH

Spomedzi analógov GnRH sú v Slovenskej republike dostupné triptorelín, leuprorelín a goserelín, pričom ani jeden z nich nemá v SPC uvedenú indikáciu parafilnej poruchy. Napriek tomu o tejto skupine liečiv treba uvažovať v liečbe jedincov s parafilnými poruchami, pričom najzásadnejším je argument sily dôkazov o ich účinnosti na úrovni B/C (Thibaut et al., 2020).

Podávanie agonistov GnRH po iniciálnej stimulácii s prechodným zvýšením hladín testosterónu vedie k inhibícii sekrécie gonadotropínov s následnou supresiou testikulárnych a ovariálnych funkcií s následkom dosiahnutia kastračnej úrovne pohlavných hormónov v priebehu 2 – 4 týždňov od zahájenia liečby. V indikácii liečby parafilných porúch sa používa najčastejšie triptorelín, ktorý je v tejto indikácii schválený vo viacerých krajinách Európskej únie (SPC, Salvacyl). Výhodou analógov GnRH v porovnaní s antiadrogénmi je podstatne nižší profil nežiaducich účinkov. Spomedzi očakávaných nežiaducich účinkov sa vyskytuje úbytok kostných minerálov (osteopénia), erektílna dysfunkcia, zníženie libida, návaly tepla, feminizácia, gynekomastia, priberanie, depresívne prejavy.

6.2.2 Psychoterapeutická liečba

Psychoterapeutické intervencie spočívajú v spektre aktivít individuálnej a skupinovej terapie, poradenstva v sociálnej, pracovnej či iných oblastiach, práci s jednotlivcom a/alebo jeho blízkymi či rodinami. Spomedzi používaných psychoterapeutických smerov majú najviac dôkazov o ich účinnosti prístupy kognitívne-behaviorálnej psychoterapie (priekaznosť na úrovni C/D), i keď účinné v jednotlivých prípadoch môžu byť aj ďalšie prístupy, napr. dynamické metódy, resp. psychoanalyticky orientované metódy.

Všeobecná stratégia smerovania psychoterapie osôb, ktoré trpia parafilnými poruchami zahŕňa aj nácvik empatie, prácu s kontrolou sexuálnych impulzov, zvládanie stresu a prevenciu relapsu (Hall & Hall, 2007). Sexuálni delikventi často prezentujú skreslené vzorce myslenia, ktoré im umožňujú racionalizovať si svoje vlastné správanie (napr. že deti môžu súhlasiť s pohlavným stykom s dospelými osobami, alebo že obete sú zodpovedné za to, že je na nich spáchaný sexuálne motivovaný trestný čin a pod.). Okrem práce so skreslenými kognitívnymi vzorcami sa v rámci psychoterapeutických programov pracuje s ďalšími faktormi podporujúcimi sexuálne delikventné správanie, ako napr. práca s impulzivitou, schopnosť ovládať zlosť, vyjadrovať pocity a efektívne komunikovať, zvládanie stresu, zneužívanie alkoholu a iných návykových látok, alebo parafilné sexuálne vzrušovanie.

Kognitívne a kognitívne behaviorálne postupy

Kognitívna psychoterapia vychádza z predpokladu primárneho významu vnútorných poznávacích procesov, predovšetkým myslenia a správania daného jedinca. Psychoterapeutické metódy založené na kognitívnej teórii kladú dôraz predovšetkým na vedomú činnosť a zameriavajú sa na využívanie racionálnej, logickej argumentácie.

Cieľom týchto terapeutických postupov je:

- poskytnúť pacientom vedomosti, ktoré im umožnia správať sa adekvátne, alebo sa vyhýbať situáciám, pri ktorých hrozí zvýšené riziko recidivity delikventného správania,
- zmeniť postoje pacientov prosociálnym smerom,
- upozorniť pacientov na negatívne dôsledky ich správania a činov. V súvislosti s nimi samotnými aj vzhľadom na ich okolie,
- upraviť pacientov pohľad na jeho vlastné deviantné správanie,
- edukovať pacienta v súvislosti s uspokojovaním jeho vlastných sexuálnych potrieb akceptovateľnejším spôsobom,
- naučiť pacientov stratégie, ktoré im umožnia lepšie kontrolovať vlastné vzrušenie a kontrolovať rizikové situácie.

6.2.3 Iné liečebné modality - bilaterálna orchiektómia

Bilaterálna orchiektómia (kastrácia) je chirurgickým zákrokom vedúcim k trvalému zníženiu hladín testosterónu. Aj napriek preukázanému efektu na znižovanie recidivity pri sexuálnej delikvencii, z etického hľadiska sa javí najproblematickejšou terapeutickou modalitou (Weiss, 2017). Výhradami voči kastrácii býva najmä skutočnosť, že ide o ireverzibilný výkon, ku ktorému existujú menej invazívne alternatívy a tiež to, že môže byť vnímaná ako forma trestu či problematika (pseudo)dobrovoľnosti informovaného súhlasu napr. v podmienkach výkonu trestu alebo ochranného liečenia v situácii, ak sa rozhoduje o ich zmiernení. Argumentom za chirurgický zákrok je opäť ireverzibilnosť z uhla pohľadu nutnosti kontroly kompliancie pri použití medikamentóznej liečby.

Kastrácia v našich podmienkach predstavuje chirurgický výkon, ktorý si vyžaduje písomnú formu

informovaného súhlasu. V súčasnosti nie je upravená špeciálnou legislatívou (napr. v Českej republike MZd ČR 2012, Zákon 373/2011 v ČR), kde je okrem iného vyžadované komisionálne zhodnotenie indikácie konzíliom. V súlade s medzinárodnými štandardnými postupmi je však vhodnejšie preferovať hormonálnu liečbu. Pokiaľ sa pacient rozhodne pre kastráciu z dôvodu závažnej parafilnej poruchy s nedostatočnou reakciou na hormonálnu liečbu, vykonáva ju lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore urológia (urológ) alebo urológ so špecializáciou v špecializačnom odbore sexuológia (urológ–sexuológ) na základe písomného odporúčania psychiatra so špecializáciou v špecializačnom odbore sexuológia (psychiater–sexuológ) na základe písomnej žiadosti pacienta. Najčastejšími telesnými zmenami po kastrácii sú obezita, zníženie hmotnosti, redukcia telesného ochlpenia, zvýšená únavnosť a gynekomastia. Pre sklony k osteoporóze sa odporúča pravidelné sledovanie kostnej denzity. Z psychických zmien sú najčastejšie uvádzané astenické a depresívne dysforické symptómy (Weiss, 2017).

Indikáciu bilaterálnej orchiektómie z dôvodu vysoko rizikovej parafilnej poruchy stanovuje psychiater-sexuológ na základe posúdenia a súhlasného stanoviska nasledujúcich špecialistov: endokrinológ, klinický psychológ, urológ a na žiadosť pacienta a s jeho písomným súhlasným vyjadrením. V prípade potreby sa odporúča prizvať odborníka z iného odboru (napr. súdneho znalca, právnika a pod.).

6.3 Informovaný súhlas

Pre použitie psychoterapeutických metód sa vyžaduje v prípade dobrovoľnej liečby poskytnutie bežného informovaného súhlasu pacientom. V prípade obmedzenej spôsobilosti na právne úkony je potrebné udelenie tohto súhlasu ustanoveným opatrovníkom. V prípade ochranného liečenia a detencie sa nevyžaduje informovaný súhlas, súčasťou poučenia o priebehu liečby majú byť všetky plánované terapeutické postupy vrátane psychoterapie a možných konsekvencií jej odmietania. Je však pochopiteľné, že terapie, ktoré si vyžadujú aktívnu participáciu pacienta, je ťažko možné vykonať proti jeho vôli.

Pre použitie farmakoterapie SSRI alebo inými psychofarmakami sa vyžaduje v prípade dobrovoľnej liečby poskytnutie bežného informovaného súhlasu pacientom. V prípade ochranného liečenia a detencie sa nevyžaduje informovaný súhlas, súčasťou poučenia o priebehu liečby majú byť všetky plánované terapeutické postupy vrátane farmakoterapie a možných konsekvencií jej odmietania.

Pre použitie hormonálnej liečby (CPA, analógy GnRH) je vyžadovaný informovaný súhlas pacienta (aj v prípade ochranného liečenia).

Vykonanie bilaterálnej orchiektómie z dôvodu vysoko rizikovej parafilnej poruchy je možné len na žiadosť pacienta a jeho písomného súhlasného vyjadrenia. Indikáciu výkonu stanovuje psychiater-sexuológ na základe posúdenia a súhlasného stanoviska nasledujúcich špecialistov: endokrinológ, klinický psychológ, urológ (prípade potreby sa odporúča prizvať odborníkaz iného odboru (napr. súdneho znalca, právnika a pod.)).

6.4 Algoritmus výberu vhodnej liečby založený na posúdení rizika

Algoritmus liečby podľa WFSBP rozlišuje 5 úrovní liečby podľa závažnosti parafilnej poruchy:

1. minimálna úroveň rizika

V týchto prípadoch je cieľom intervencií kontrolovať parafílne sexuálne fantázie, nutkania a správanie bez zásahu do konvenčnej sexuálnej aktivity a bez dopadu na sexuálny apetít. Liečbu možno použiť v prípadoch, kde nehrozí riziko znásilnenia alebo sexuálneho zneužívania detí.

Príkladom môžu byť niektoré prípady voyeurskej, fetišistickej či frotérskej poruchy. Liečba pozostáva najmä z psychoterapie, odporúčaná je najmä kognitívne behaviorálna psychoterapia.

2. nízka úroveň rizika

V týchto prípadoch je cieľom kontrolovať parafilné sexuálne fantázie, nutkania a správanie s len malým zásahom do konvenčnej sexuálnej aktivity a bez dopadu na sexuálny apetít. Liečbuje možné použiť vo všetkých menej závažných prípadoch parafilných porúch, kde nedochádza k fyzickému kontaktu s obeťami a je nízke riziko sexuálneho násilia, napr. pri exhibicionistickej poruche bez rizika znásilnenia alebo zneužívania detí, prípadne pri absencii uspokojivých výsledkov na úrovni 1. Liečba pozostáva z psychoterapie (najlepšie kognitívne-behaviorálna psychoterapia) a SSRI. Dávky SSRI majú dosahovať dávky používané pri obsedantne- kompulzívnych poruchách (napr. fluoxetín 40 – 60 mg/d alebo sertralín 200 mg/d). Efekt liečby sa dá očakávať za 1 – 3 mesiace. Účinnosť tejto intervencie je hodnotená ako 70 %, pokiaľ nejde o osoby, ktoré sa dopúšťajú sexuálneho násilia.

3. stredná úroveň rizika

V týchto prípadoch je cieľom kontrolovať parafilné sexuálne fantázie, nutkania a správanie so značným znížením sexuálnej aktivity a libida. Používa sa u osôb, ktoré vykazujú mierne riziko sexuálneho násilia, ale je u nich intelektuálne postihnutie (neurologické komorbidity ako napr.demencia) a u osôb, kde nie sú prítomné fantázie a/alebo správanie zahŕňajúce sexuálny sadizmus (ak sú prítomné, viď úroveň 4) a pacient dodržiava liečebný režim. Pri nedodržiavaní liečebného režimu pacientom sa odporúča používať intramuskulárnu formu liekov. Režim úrovne 3 sa používa aj pri absencii uspokojivých výsledkov na úrovni 2. Liečba pozostáva z psychoterapie (najlepšie kognitívne-behaviorálnej) a CPA. Dávkovanie CPA pri perorálnom užívaní je 50 – 200 mg/d (max. 300 mg/d) alebo pri intramuskulárnej forme sa podáva 200 – 400 mg raz týždenne a potom v intervaloch každé 2 – 4 týždne. Účinnosť sa udáva na úrovni 80 – 90 % (stredná hodnota recidivizmu 6 %). Nástup účinku sa dá očakávať o 1–3 mesiace. Pri komorbiditách s úzkostnými, depresívnymi alebo obsedantne-kompulzívnymi symptómamimožno liečbu CPA doplniť SSRI.

4. vysoká úroveň rizika

V týchto prípadoch je cieľom kontrolovať parafilné sexuálne fantázie, nutkania a správanie so skoro úplným potlačením sexuálneho apetítu a aktivít. Používa sa u osôb, ktoré vykazujú stredne vysoké až vysoké riziko sexuálneho násilia a závažné parafilné poruchy, rovnako v prípade jedincov s pedofilnými poruchami, u jedincov s fantáziami a/alebo správaním zahŕňajúcim sexuálny sadizmus alebo fyzické násilie. Režim úrovne 4 sa používa aj pri absencii uspokojivých výsledkov alebo nedodržiavaní liečebného režimu na úrovni 3. Liečba pozostáva z psychoterapie (najlepšie kognitívne-behaviorálnej) a dlhodobo agonistov GnRH. Možno použiť napr. triptorelín alebo leuprolid acetát 3 (alebo 3.75) mg/mesiac alebo 11.25 mg i.m. každé 3 mesiace. Účinnosť sa udáva u viac ako 90 % prípadov (recidivizmus < 5 %). Nástup účinku možno očakávať o 1–3 mesiace. V prípade potreby možno dodržiavanie liečebného režimu agonistami GnRH kontrolovať meraním hladiny testosterónu. V úvode liečby agonistami GnRH je potrebné liečbu doplniť o CPA (týždeň pred začiatkom liečby a počas prvého mesiaca užívania agonistov GnRH) pre kontrolu flare-up efektu a kontrolu rizika relapsu parafilného sexuálneho správania s ním spojeného.

5. extrémna úroveň rizika

V týchto prípadoch je cieľom kontrolovať parafilné sexuálne fantázie, nutkania a správanie pri plnom potlačení sexuálneho apetítu a aktivít. Používa sa u osôb, ktoré vykazujú najzávažnejšie parafilné poruchy (katastrofické prípady) a pri absencii uspokojivých výsledkov na úrovni 4. Liečba pozostáva z psychoterapie (najlepšie kognitívne-behaviorálnej) a kombinácie agonistovGnRH a CPA, pričom je možnosť pridať aj SSRI. Oproti úrovni 4 sa k liečbe pridajú antiadrogénne pôsobiace liečivá, napr. CPA. Dávkovanie CPA pri perorálnej liečbe je 50 – 200 mg/d (max. 300 mg/d) alebo pri intramuskulárnom podávaní depotnej formy CPA 200 – 400 mg raz týždenne a potom každé 2 – 4 týždne. Jednotlivé skupiny úrovne rizika s terapeutickými intervenciami zobrazuje aj tabuľka č. 5.

Tabuľka č. 5

Algoritmus liečby parafilných porúch podľa závažnosti parafilnej poruchy

Úroveň rizika	Cieľ terapie	Indikácia	Typ liečby	Úroveň dôkazov	Dávkovanie	Dobrovoľné liečenie	Ochranné liečenie
minimálna	Kontrolovať parafilné sexuálne fantázie, nutkanie a konanie bez zásahu do konvenčnej sexuálnejaktivity a bez dopaduna sexuálnu túžbu	Voyeristická porucha Parafilná porucha zahŕňajúca sexuálne správanie osamote alebo súhlasiace osoby Frotérska porucha Ďalšie poruchy, pri ktorých nehrozí znásilnenie a/alebo zneužívanie detí	**Psychoterapia**	C/D (pre KBT)		Ambulantné	Ambulantné - pri dobrej spoluprácii a liečbe trvajúcej viac ako 5 rokov je možné podať návrh na prepustenie
nízka	Kontrolovať parafilné sexuálne fantázie, nutkanie a konanie len s malým zásahom do konvenčnej sexuálnej aktivity a bez dopadu na sexuálnu túžbu	Menej závažné parafilné poruchy, pri ktorých nedochádza k fyzickému kontaktu s obeťami a je nízke riziko sexuálneho násilia Exhibicionistická porucha bez rizika znásilnenia a/alebo zneužívania detí. Pri absencii uspokojivých výsledkov na úrovni 1.	**Psychoterapia + SSRI**	C/D (pre KBT) C	Fluoxetín 40-60 mg/deň Sertralín 200mg/deň	Ambulantné	Ambulantné Ústavné – pri dobrej spolupráci je možné podať návrh na zmenu formy na ambulantné
stredná	Kontrolovať parafilné sexuálne fantázie, nutkanie a konanie soznačným znížením sexuálnej aktivity a libida	Mierne riziko sexuálneho násilia (vývinová porucha intelektu, neurologické komorbidity napr. demencia) Žiadne fantázie a/alebo správanie zahrňujúce sexuálny sadizmus (ak áno - úroveň 4.) Nie je riziko závažných NÚL pre CPA (ak áno - úroveň 4.). Pri absencii uspokojivých výsledkov na úrovni 2.	**Psychoterapia + CPA**	C/D (pre KBT) C	CPA 50-200mg per os/deň alebo 200-400 mg i.m. / 7-14 dní	Ambulantné Ústavné	Ambulantné Ústavné – pri dobrej spolupráci je možné podať návrh na zmenu formy na ambulantné
vysoká	Kontrolovať parafilné sexuálne fantázie, nutkanie a konanie s takmer úplným potlačením sexuálnej túžby a aktivít	Stredne vysoké až vysoké riziko sexuálneho násilia Závažné parafilné poruchy Pedofilná porucha alebo fantázie a/alebo konanie zahŕňajúce sexuálny sadizmus alebo fyzické násilie Nedodržiavanie liečebného režimu alebo absencia uspokojivých výsledkov na úrovni 3.	**Psychoterapia + agonisti GnRH** (+/- SSRI)	C/D (pre KBT) B/C	triptorelín 11,25 mg i.m./ 3 mesiace leuprorelín	Ústavné (aj nedobrovoľná hospitalizácia)	Ústavné
extrémna	Kontrolovať parafilné sexuálne fantázie, nutkanie a konanie priúplnom potlačení sexuálnej túžby a aktivít	Najzávažnejšie parafilné poruchy (katastrofické prípady)	**Psychoterapia + agonisti GnRH + CPA** (+/- SSRI)	C/D (pre KBT) nie je pre kombináciu		Ústavné (aj nedobrovoľná hospitalizácia)	Detencia

Zdroj: spracované podľa odporúčaní WFSBP (Thibaut et al., 2020)

7 Hodnotenie rizika

Základným nástrojom pre hodnotenie rizika je klinický úsudok založený na vyhodnotení jednotlivých rizikových faktorov (vrátane použitia štandardizovaných nástrojov), vedomostiach a skúsenostiach s danou skupinou osôb. Hodnotením rizika získavame informácie o potrebe a charaktere liečby (z pohľadu terapeutických intervencií - viď algoritmus liečebných opatrení – tabuľka č. 5, frekvencie stretnutí, miere direktivity, oblasti, na ktoré sa treba primárne zamerať v terapii a pod.), o riziku recidívy (vrátane spáchania trestného činu) a zároveň slúži na overovanie výsledkov liečby.

Základom pri hodnotení rizika je posúdenie statických a dynamických rizikových faktorov. Statické sú nemenné rizikové faktory (spravidla sa vzťahujú k minulosti) a dávajú informáciu o miere rizika recidívy problematického sexuálneho správania. Patrí sem napr. prítomnosť parafilnej poruchy, anamnéza sexuálne motivovaného trestného činu/činov, pozitívna kriminálna anamnéza, pridružené psychické ochorenie, intelekt, anamnéza sexuálneho zneužitia v detstve a pod.

Dynamické rizikové faktory sú potenciálne premenlivé a ovplyvnitelné aspekty fungovania osoby vzťahujúce sa k trestnej činnosti. V rámci terapie sa s nimi dá pracovať. Delia sa na akútne a stabilné. Akútne dynamické rizikové faktory sú rýchlo sa meniace a vyplývajú z aktuálnej situácie osoby (napr. prostredie, kde sa práve nachádza – prístup k potenciálnym obetiam, psychické rozpoloženie, prípadne zhoršenie psychického stavu – napr. depresia, riziko sebapoškodenia, suicícia, abúzus návykových látok a pod.). Stabilné dynamické rizikové faktory predstavujú napríklad osobnostné charakteristiky, nedostatočné sociálne zručnosti, izolácia, postoje schvaľujúce trestný čin, negatívne postoje k určitým skupinám všeobecne (napr. deťom, ženám, mužom), impulzivita, zvládanie záťaže a stresu a pod. Akútne dynamické rizikové faktory sú ľahšie ovplyvniteľné terapiou v porovnaní so stabilnými. Najčastejšie používanými škálami na hodnotenie rizika sú Stable 2007 a Acute 2007 (Hanson & Kanada, 2007). Pre použitie v našich podmienkach je potrebné ich preložiť a validizovať na našu populáciu.

V českom štandardnom postupe (Zvěřina & Weiss, 2012) sú uvedené nasledovné kritériá pre recidívu podľa Zvěrinu (Zvěřina, 2003), pričom ak posudzovaná osoba vykazuje dve a viac spomínaných vlastností, je riziko recidívy vysoké:

- prítomnosť sexuálnej deviácie,
- vek do 35 rokov (pedofilný deviant je však nebezpečný doživotne),
- chýbajúci alebo zle fungujúci partnerský vzťah,
- jeden alebo aj viac sexuálnych deliktov v anamnéze,
- mentálny defekt,
- psychopatická štruktúra osobnosti,
- závislosť na alkohole, abúzus.

Pre rozhodovanie o indikácii hormonálnej liečby podľa Odporučených postupov MZ ČR a WFSBP môže slúžiť škála Depo-Provera (Maletzky et al., 2006). Skóre 7 a viac môže podľa autorov byť indikáciou k hormonálnej supresii, avšak hlavným kritériom pre tento druh liečby zostáva klinické posúdenie. Jednotlivé položky škály Depo-Provera sú uvedené v tabuľke č. 6.

Tabuľka č. 6

Škála Depo-Provera na hodnotenie indikácie k hormonálnej supresii	
Položka	**Skóre**
Viac ako 1 obeť	1
Viac ako 1 parafília	1
Preferencia deviantného správania	1
Deviantný sexuálny záujem (podľa PPG)	2
Nežije s obeťou	1
Použitie sily pri sexuálnom delikte	1
Obeť mužského pohlavia	2
Vek pod 30 rokov pri prepustení z výkonu trestu	1
Mozgová dysfunkcia	2
Predchádzajúca psychiatrická anamnéza	1
Sexuálny delikt počas ambulantnej liečby	1
Sexuálny delikt počas ústavnej liečby	1
Zlyhanie predchádzajúcej liečby	2

Zdroj: spracované podľa (Maletzky et al., 2006; Thibaut et al., 2020; Weiss, 2017)

8 Zabezpečenie a organizácia zdravotnej starostlivosti

Liečba pacienta s parafilnou poruchou bez anamnézy sexuálne motivovaného trestného činu prebieha spravidla ambulantnou formou. Z pohľadu prevencie sexuálne motivovanej kriminality je žiaduce, aby táto skupina pacientov bola čo najväčšia a k liečbe motivovaná. Nadosiahnutie tohto cieľa je potrebné systematicky pracovať na destigmatizácii jedincov s parafilnými poruchami a osvete zameranej na odbornú a laickú verejnosť. Rovnako je potrebné vytvoriť sieť poskytovateľov s kompetenciami na poskytovanie zdravotnej starostlivosti tejto skupine populácie.

Súdom nariadené ochranné sexuologické liečenia ambulantnou formou by mali byť realizované v psychiatrických ambulanciách lekárom s príslušnými kompetenciami (psychiater-sexuológ, alebo psychiater so vzdelaním v poskytovaní intervencií súvisiacimi s manažmentom parafílií a osôb vo zvýšenom riziku problematického sexuálneho správania. Súčasnú situáciu, v ktorej nie je dostatok poskytovateľov v príslušných kompetenciách možno považovať za prechodnú a nie uspokojivú.

Sexuologické ochranné liečenie ústavnou formou ukladá súd v zmysle Trestného zákona popri treste, pri upustení od potrestania alebo pri podmienečnom upustení od potrestania alebo ak páchateľ činu inak trestného nie je pre nepríčetnosť trestne zodpovedný a jeho pobyt na slobode je nebezpečný. Táto forma liečby by mala byť poskytovaná v rámci organizačných jednotiek so sexuologickým zameraním v ústavných psychiatrických zariadeniach. V súčasnosti jediné špecializované sexuologické pracovisko s adekvátnym personálnym zabezpečením je oddelenie pre výkon ochranných liečení v Ústave pre výkon trestu odňatia slobody Košice – Šaca, kde je možné poskytovať starostlivosť len osobám odsúdeným na výkon trestu odňatia slobody. Je potrebné vytvoriť ústavné sexuologické oddelenia špecializované na liečbu jedincov s parafilnými poruchami s adekvátnym personálnym a materiálno-technickým zabezpečením.

Pre účelnú organizáciu forenznej sexuologickej starostlivosti je ideálnym vytvorenie sexuologických oddelení v rámci špecializovaných psychiatrických zariadení, fungujúcom na základe modelu terapeutickej komunity, s dostupnou nielen farmakologickou liečbou, ale aj psychoterapeutickými

intervenciami, psychosociálnou rehabilitáciou a pod. Takéto oddelenie môže využívať kapacity psychiatrického zariadenia potrebné napr. v prípade inej psychickej komorbidity či závislosti (napr. pre realizáciu kombinovaného ochranného psychiatrického, protialkoholického či protitoxikomanického liečenia). Koncentrácia vysoko špecializovaných personálnych kapacít v spojení s bezpečnostnými prvkami by okrem iného umožnila aj napr. výkon predbežného príkazu na umiestnenie obvineného do zdravotníckeho zariadenia (§ 85 ods. 7 Trestného poriadku) u páchateľov trestných činov spáchaných zo sexuálneho motívu s realizáciou súdno-znaleckej expertízy (i napr. ústavného pozorovania).

Základným predpokladom pre vytvorenie takéhoto modelu je dostupnosť lekárov so špecializáciou v odbore sexuológia (so zabezpečením ich zastupiteľnosti) a ďalších zdravotníckych pracovníkov s potrebnou praxou (najmä sestry so špecializáciou v odbore psychiatria, klinický psychológ, liečebný pedagóg a ďalší) v počtoch analogických požiadavkám pre odbor psychiatrie.

Pre zvýšenie úrovne bezpečnosti je potrebný výcvik a pravidelné obnovovanie kompetencií personálu vo verbálnych deeskalačných technikách a tiež v zvládaní agresívnych prejavov. Žiaducim prvkom je tiež angažovanie bezpečnostných zamestnancov s príslušným zaškolením pre prostredie zdravotníckeho zariadenia.

K nevyhnutnému špecifickému vybaveniu patrí prístrojové vybavenie na sexodiagnostiku – minimálne falopletyzmografia (vulvopletyzmografia).

Forenzné sexuologické oddelenie je určené pre ľudí s históriou spáchania trestnej činnosti,vyžaduje si teda aspoň bazálne technické vybavenie:

- zabezpečenie priestorov oddelenia proti jeho nedovolenému opusteniu,
- samostatné vychádzkové a rekreačné priestory,
- vizuálne monitorovanie priestorov,
- ubytovacie kapacity v jedno a dvojposteľových izbách pre zníženie rizika nežiaducich interakcií.

Ambulantná sexuologická starostlivosť o pacientov s parafilnými poruchami si vyžaduje nevyhnutné posilnenie kapacít so zabezpečením ich regionálnej dostupnosti. Vysoko žiaduci je aj rozvoj komunitnej starostlivosti s presahom služieb aj do sociálnej oblasti.

9 Prognóza

Väčšina parafilných porúch je chronická a pretrváva celoživotne. Samotná parafília nie je nelegálna, avšak správanie na podklade parafilných pohnútok môže viesť k sexuálnym priestupkom a trestným činom so závažnými následkami pre osobu samotnú a aj obete. Vážnym problémom liečby parafilných porúch je recidíva. Väznenie síce môže zabrániť páchaniu ďalších činov, avšak nemení samotný parafilný záujem a preto má len obmedzený preventívny potenciál. Kľúčová je liečba a to nielen samotnej parafilnej poruchy, ale aj pridružených rizikových stavov (napr. nadužívanie návykových látok), kde výskumy opakovane dokazujú významný efekt liečby na recidívu delikvencie.

10 Ďalšie odporúčania

Vytvoriť špecializované pracovisko na realizáciu súdom nariadených ochranných sexuologických liečieb.
Vytvoriť štandardné diagnostické a terapeutické postupy pre ďalšie skupiny pacientov s parafilnými poruchami (adolescenti, ženy).
Vytvoriť štandardný diagnostický a terapeutický postup pre realizáciu a vyhodnocovanie výsledkov

PPG.
Vytvoriť štandardný diagnostický a terapeutický postup pre realizáciu a indikáciu bilaterálnej orchiektómie.
Vhodné preložiť a validizovať na našu populáciu vhodnú škálu hodnotenia rizika (napr.Stable 2007 a Acute 2007.
Potrebné je zrušiť indikačné obmedzenia pre hormonálne lieky pre osoby s diagnózou parafilných porúch alebo získať skupinovú výnimku na preskripciu mimo indikačného obmedzenia a pravidelne ju obnovovať (interval každých 6 mesiacov).
Vytvoriť a podporovať preventívne programy zamerané nielen na všetkých zdravotníckych pracovníkov ale aj na všeobecnú populáciu.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po dvoch rokoch.

11 Literatúra

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of MentalDisorders* (Fifth Edition). American Psychiatric Association. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596
2. Altman, Z., (2016) Test apercepce ruky (TAR), 1. české vydání, Hogrefe – Testcentrum,Praha 2016.
3. Bártová, K., Androvičová, R., Krejčová, L., Weiss, P., & Klapilová, K. (2021). The Prevalence of Paraphilic Interests in the Czech Population: Preference, Arousal, the Use of Pornography, Fantasy, and Behavior. *The Journal of Sex Research*, *58*(1), 86–96. https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1707468
4. Blanchard, R., Klassen, P., Dickey, R., Kuban, M. E., & Blak, T. (2001). Sensitivity andspecificity of the phallometric test for pedophilia in nonadmitting sex offenders.
5. *Psychological Assessment*, *13*(1), 118–126. https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.1.118
6. Boland, R. J., & Verduin, M. L. (Ed.). (2021). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook ofpsychiatry* (Eleventh edition). Wolters Kluwer.
7. Briken, P., Fedoroff, J. P., & Bradford, J. W. (2014). Why Can't Pedophilic Disorder Remit?
8. *Archives of Sexual Behavior*, *43*(7), 1237–1239. https://doi.org/10.1007/s10508-014-0323-1
9. Butcher, J.N, Graham J.R., Ben-Porath, Y.S.,Tellegen, A., Dahlstrom, W.G.,Kaemmer, B. (2004). MMPI®-2 - Minnesota Multiphasic Personality Inventory®-2 SK, Autori slovenskejverzie: Máthé, R., Štefániková, J., 1. slovenské vydanie, Hogrefe – Testcentrum, Praha 2018.
10. Castellini, G., Rellini, A. H., Appignanesi, C., Pinucci, I., Fattorini, M., Grano, E., Fisher, A.D., Cassioli, E., Lelli, L., Maggi, M., & Ricca, V. (2018). Deviance or Normalcy? The Relationship Among Paraphilic Thoughts and Behaviors, Hypersexuality, and Psychopathology in a Sample of University Students. *The Journal of Sexual Medicine*, *15*(9),1322–1335. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.07.015
11. Dunsieth, N. W., Nelson, E. B., Brusman-Lovins, L. A., Holcomb, J. L., Beckman, D., Welge,
12. J. A., Roby, D., Taylor, P., Soutullo, C. A., & McElroy, S. L. (2004). Psychiatric and LegalFeatures of 113 Men Convicted of Sexual Offenses. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *65*(3), 293–300. https://doi.org/10.4088/JCP.v65n0302
13. Engel, J., Veit, M., Sinke, C., Heitland, I., Kneer, J., Hillemacher, T., Hartmann, U., & Kruger, T. H. C. (2019). Same Same but Different: A Clinical Characterization of Men withHypersexual Disorder in the Sex@Brain Study. *Journal of Clinical Medicine*, *8*(2), 157. https://doi.org/10.3390/jcm8020157
14. Fedoroff, J. P. (2018). More Puzzles: A Response to Seto's (2017) "The Puzzle of MaleChronophilias". *Archives of Sexual Behavior*, *47*(8), 2171–2173. https://doi.org/10.1007/s10508-018-1242-3
15. Fletcher, R. J., National Association of the Dually Diagnosed, & American Psychiatric Association (Ed.). (2016). *DM-ID 2: Diagnostic manual - intellectual disability ; a textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability* (Second Edition, 2016). NADD Press.
16. Floyd, A. E., & Gupta, V. (2024). Minnesota Multiphasic Personality Inventory. V
17. *StatPearls*. StatPearls Publishing. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557525/
18. Giacomuzzi, S. (Ed.). (2014). *Forensisch-psychologische Begutachtung in der Praxis* (1.Aufl). Krammer.
19. Gordon, H., & Grubin, D. (2004). Psychiatric aspects of the assessment and treatment of sexoffenders. *Advances in Psychiatric Treatment*, *10*(1), 73–80. https://doi.org/10.1192/apt.10.1.73
20. Grassi, J. R. (1992). *Grassiho test organicity*. Psychodiagnostika, Bratislava.
21. Hall, R. C. W., & Hall, R. C. W. (2007). A Profile of Pedophilia: Definition, Characteristicsof Offenders, Recidivism, Treatment Outcomes, and Forensic Issues. *Mayo Clinic Proceedings*, *82*(4), 457–471. https://doi.org/10.4065/82.4.457
22. Hanson, R. K. & Kanada (Ed.). (2007). *Assessing the risk of sexual offenders on communitysupervision: The Dynamic Supervision Project*. Public Safety Canada.
23. International Association for the Treatment of Sexual offenders (IATSO). (2024). Standardsof Care for the Treatment of Adult Sex Offenders of the International Association for theTreatment of Sexual Offenders (IATSO). [online]. [cit. 2024-10-23]. Dostupné na: https://www.iatso.org/phocadownload/standards%20of%20care.pdf
24. International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11), World Health Organization (WHO) 2019/2021 https://icd.who.int/browse11. Licensed under CreativeCommons Attribution-NoDerivatives 3.0 IGO licence (CC BY-ND 3.0 IGO).
25. Kafka, M. (2012). Axis I psychiatric disorders, paraphilic sexual offending and implications for pharmacological treatment. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *49*(4),255–261.

26. Kafka, M. P. (1997). A monoamine hypothesis for the pathophysiology of paraphilicdisorders. *Archives of Sexual Behavior*, *26*(4), 343–358.
27. Kafka, M. P. (2003). The monoamine hypothesis for the pathophysiology of paraphilic disorders: An update. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *989*, 86–94; discussion144-153.
28. Kafka, M. P., & Hennen, J. (2002). A DSM-IV Axis I Comorbidity Study of Males (n = 120)With Paraphilias and Paraphilia-Related Disorders. *Sexual Abuse*, *14*(4), 349–366. https://doi.org/10.1177/107906320201400405
29. Kafka, M. P., & Prentky, R. A. (1998). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in MalesWith Paraphilias and Paraphilia-Related Disorders: A Comorbidity Study. *The Journal ofClinical Psychiatry*, *59*(7), 388–396. https://doi.org/10.4088/JCP.v59n0709
30. Kandeel, F. R. (Ed.). (2007). *Male Sexual Dysfunction: Pathophysiology and Treatment* (0 vyd.). CRC Press. https://doi.org/10.3109/9781420015089
31. Kolarsky, A., & Brichcin, S. (2000). Nezávislá sexodiagnostika / Independentsexodiagnostics. *Psychiatrie*, *4*, 97–111.
32. Kolářský, A. (2008). *Jak porozumět sexuálním deviacím*. Galén.
33. Kováč, P. (2009). *Mlčanlivosť zdravotníckych pracovníkov a jej prelomenie*. *10*(1), 159–163.
34. Kožený, J., & Ganický, P. (1976). *Dotazník interpersonální diagnózy In: Psychodiagnostickéa didaktické testy*. Bratislava.
35. Maletzky, B. M., Tolan, A., & McFarland, B. (2006). The Oregon depo-Provera Program: AFive-Year Follow-Up. *Sexual Abuse*, *18*(3), 303–316. https://doi.org/10.1177/107906320601800308
36. Marsh, P. J., Odlaug, B. L., Thomarios, N., Davis, A. A., Buchanan, S. N., Meyer, C. S., & Grant, J. E. (2010). Paraphilias in adult psychiatric inpatients. *Annals of Clinical Psychiatry:Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, *22*(2), 129–134.
37. Marshall, W. (2006). Clinical and Research Limitations in the Use of Phallometric Testingwith Sexual Offenders. *Sexual Offender Treatment*, *23*.
38. Marshall, W. L. (Ed.). (2006). *Sexual offender treatment: Controversial issues*. J. Wiley.https://doi.org/10.1002/9780470713457
39. Marshall, W. L. (2014). Phallometric Assessments of Sexual Interests: An Update. *Current Psychiatry Reports*, *16*(1), 428. https://doi.org/10.1007/s11920-013-0428-6
40. Murphy, L., Ranger, R., Paul Fedoroff, J., Stewart, H., Gregg Dwyer, R., & Burke, W. (2015).Standardization of Penile Plethysmography Testing in Assessment of Problematic Sexual Interests. *The Journal of Sexual Medicine*, *12*(9), 1853–1861. https://doi.org/10.1111/jsm.12979
41. Pečeňák, J., & Kořínková, V. (2016). *Psychofarmakológia*. Wolters Kluwer.
42. Piotrowski, Z. A. (2013). *Perceptanalysis* (0 vyd.). Routledge.https://doi.org/10.4324/9780203771266
43. Smith, A. D., & Taylor, P. J. (1999). Serious sex offending against women by men with schizophrenia: Relationship of illness and psychotic symptoms to offending. *British Journalof Psychiatry*, *174*(3), 233–237. https://doi.org/10.1192/bjp.174.3.233
44. SPC Androcur 50mg tablety [online]. [cit. 2024-10-03]. Dostupné na: https://www.sukl.sk/hlavna-stranka/slovenska-verzia/pomocne-stranky/detail-lieku?page_id=386&lie_id=03783
45. SPC Salvacyl (2007). Hauté Autorité de Santé (HAS). [online]. [cit. 2024-11-03]. Dostupné na: Salvacyl 2009. Dostupné na: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-05/salvacyl_-_ct-6221.pdf
46. Svoboda M. (ed.), Humpolíček P., Šnorek V. (2022). Psychodiagnostika dospělých, Praha:Portál; 488s. ISBN 978-80-262-1919-4
47. Szondi, L. (1972). *Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik. 1: Text-Band* (L. Szondi,Ed.; 3., erw. Aufl). Huber.
48. Taylor, W. D., & Lee, C. M. (2015). Human Figure Drawings. V R. L. Cautin & S. O.Lilienfeld (Ed.), *The Encyclopedia of Clinical Psychology* (1st vyd., s. 1–6). Wiley. https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp141
49. Thibaut, F., Cosyns, P., Fedoroff, J. P., Briken, P., Goethals, K., Bradford, J. M. W., & The WFSBP Task Force on Paraphilias. (2020). The World Federation of Societies of BiologicalPsychiatry (WFSBP) 2020 guidelines for the pharmacological treatment of paraphilic disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, *21*(6), 412–490. https://doi.org/10.1080/15622975.2020.1744723
50. Weiner, I. B. (2001). Advancing the science of psychological assessment: The RorschachInkblot Method as exemplar. *Psychological Assessment*, *13*(4), 423–432. https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.4.423
51. Weiss, P. (2017). *Poruchy sexuální preference* (Prvé vydanie). Galén.
52. World Health Organization. (Ed.). (2009). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines* (Reprinted). WorldHealth Organization.
53. Wilson, R. J., Abracen, J., Looman, J., Picheca, J. E., & Ferguson, M. (2011). Pedophilia: AnEvaluation of Diagnostic and Risk Prediction Methods. *Sexual Abuse*, *23*(2), 260–274. https://doi.org/10.1177/1079063210384277
54. Zvěřina, J. (2003). *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Akademické nakladatelsví CERM.
55. ZVĚŘINA, J., WEISS, P. (2012) Doporučené postupy v terapii parafilních sexuálních delikventů. [online]. [cit. 2024-11-03]. Dostupné na: https://mzd.gov.cz/wp- content/uploads/wepub/12999/28544/Doporu%C4%8Den%C3%A9_postupy_v_terapii_parafiln%C3%ADch_sexu%C3%A1ln%C3%ADch_delikvent%C5%AF.pdf
56. Žourková, A. (2002). MĚŘENÍ PORUCH SEXUÁLNÍCH FUNKCÍ PŘI LÉČBĚ PSYCHOFARMAKY. *Psychiatrie pro praxi*, *2*, 50–53.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii a diagnostike ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch, alebo na základe klinickej konzultácie, alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. novembra 2025.

Kamil Šaško
minister zdravotníctva