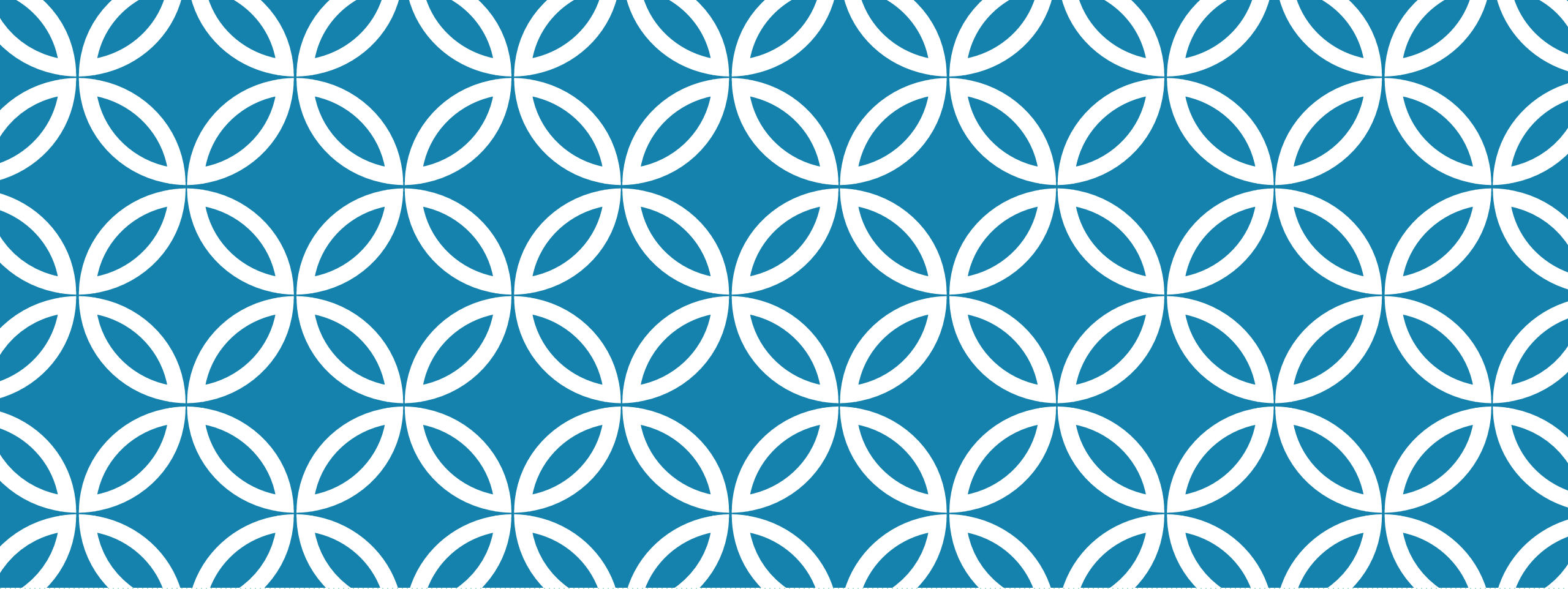




TERAPIE PARAFILIE

MUDr. Marek Páv, PhD

1.LF UK, PN Bohnice, ZIPPS

MUDr. Jan Zbytovský

Centrum behaviorální medicíny

Hradec Králové

MUDr. Milan Šindlář

ŘÍDÍCÍ PRINCIP: MODEL RIZIKA-POTŘEB-ODPOVĚDI (CORE PRINCIPY)

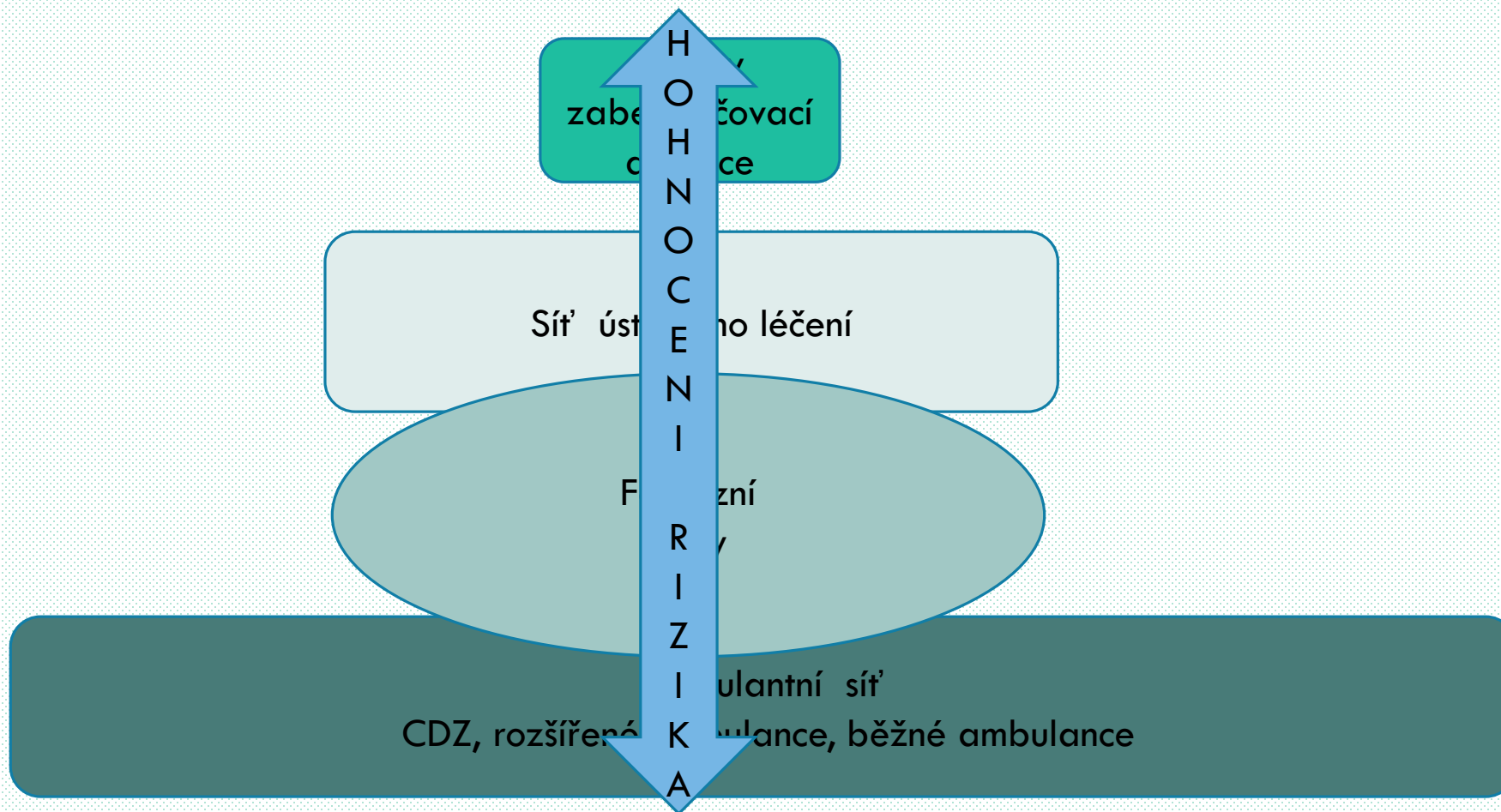
- ❖ Intenzita intervencí musí odpovídat **individuálnímu riziku recidivy**, stanovenému pomocí validních nástrojů. Vysoce rizikové pachatele vyžadují komplexní programy, zatímco u nízkorizikových jedinců může nadměrná intervence paradoxně zvýšit riziko recidivy kvůli kontaktu s vyššími rizikovými skupinami. Klinická intuice musí být doplněna standardizovanými nástroji pro hodnocení rizik a potřeb (např. STATIC-99, HCR-20). Validní instrumenty zvyšují objektivitu a umožňují sledování změn dynamických faktorech. Kromě rizikových faktorů je nutné identifikovat a posilovat protektivní faktory, jako je pracovní motivace, rodinná podpora nebo vzdělávací potenciál apod.
- ❖ Intervence se zaměřují na **kriminogenní potřeby** – dynamické faktory přímo spojené s trestnou činností, jako jsou antisociální postoje, zneužívání návykových látek nebo nedostatek prosociálních vztahů. Naopak nekriminogenní potřeby (např. duševní zdraví bez vazby na kriminalitu) nejsou primárním cílem.
- ❖ Způsob intervence musí být přizpůsoben individuálním charakteristikám pachatele, včetně kognitivních schopností, motivační úrovně, kulturního zázemí nebo stylu učení. **Obecná responzivita** preferuje kognitivně-behaviorální metody, zatímco **specifická responzivita** upravuje přístup podle konkrétních potřeb (např. úprava programu pro osoby s poruchou autistického spektra)

„(GLM-C) Good Lives Model-Comprehensive “ (Ward 2004)

důraz na silné stránky u daného nemocného a adaptace způsobů získávání odměny nekriminálním způsobem

(Andrews and Bonta 2007, 2010)

SYSTÉM OCHRANNÉHO LÉČENÍ





Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
Strategie reformy psychiatrické péče

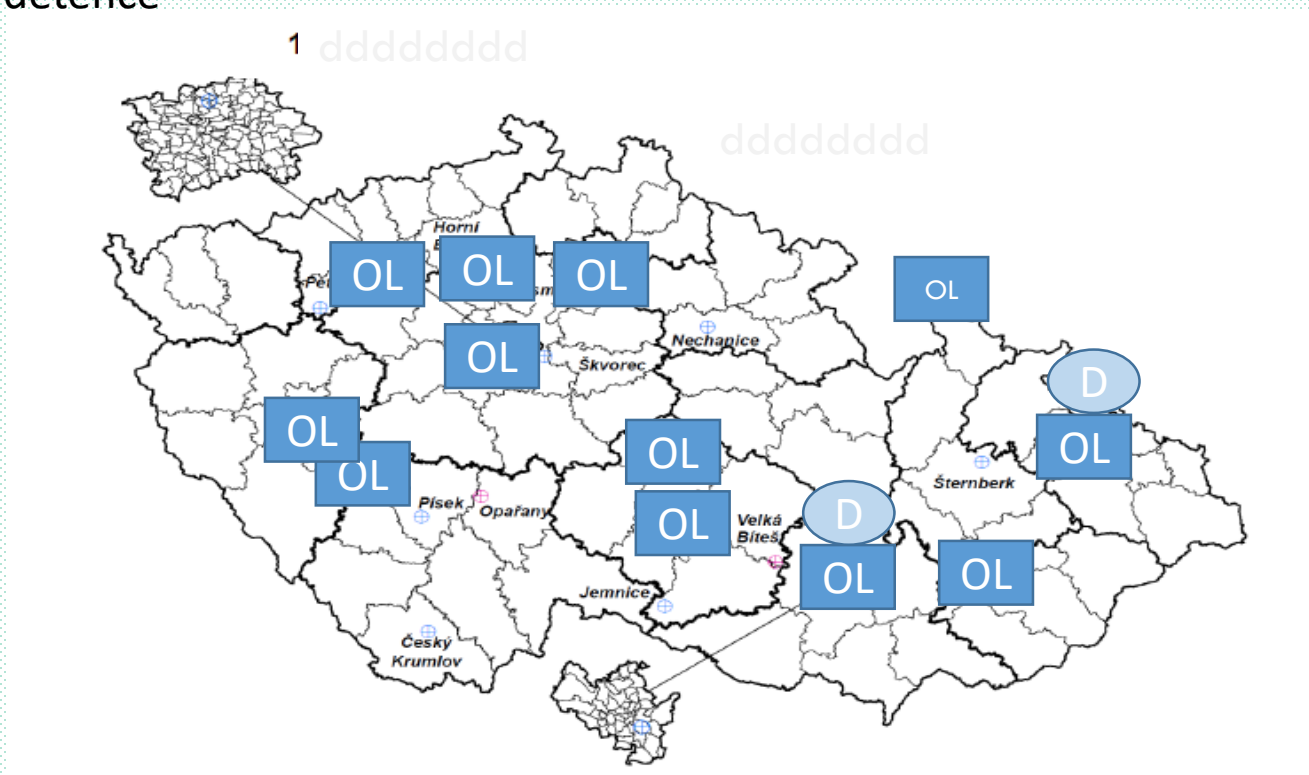


UNIVERZITA
PARDUBICE
FAKULTA
ZDRAVOTNICKÝCH
STUDIÍ

SYSTÉM OCHRANNÉHO LÉČENÍ

Psychiatrické nemocnice (13 zařízení), ambulance, CDZ, FMT-CDZ-OL

Léčba ve vězení (15 programů v 6 věznicích), Ústavy zabezpečovací detence



Ochranné léčení je **trestní sankce**, ukládaná:

-mimo VTOS

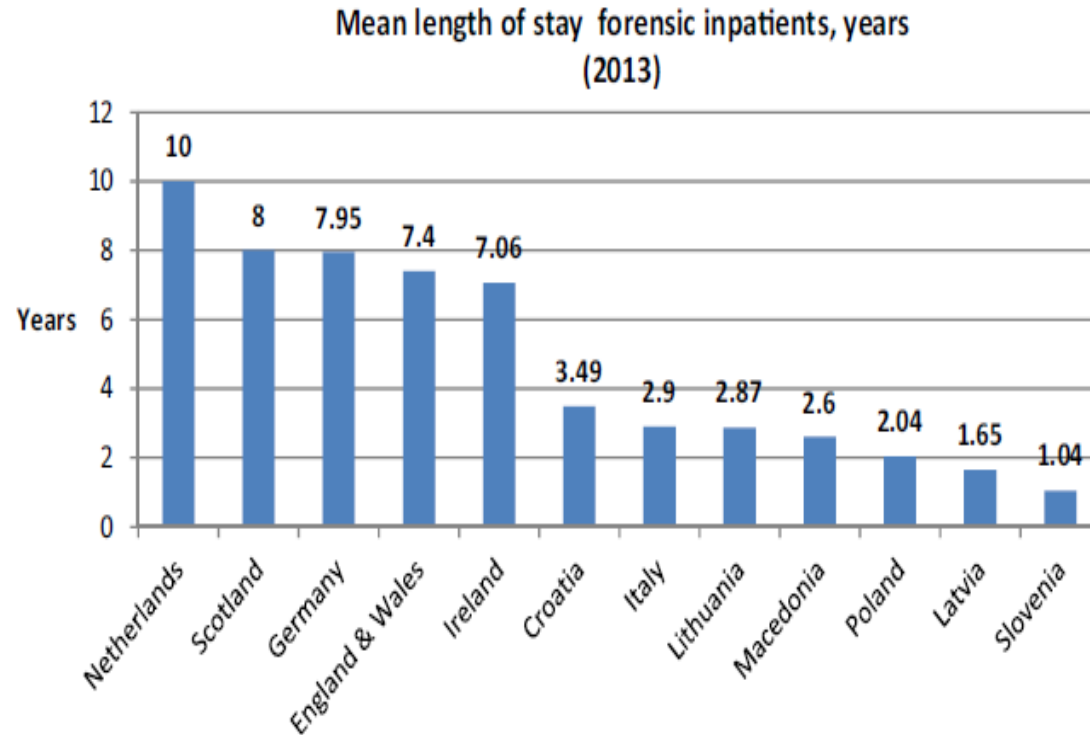
-po VTOS

podmínkou je přítomnost duševního onemocnění či poruchy v době páchání daného jednání. Ochranné léčení je **ochranné opatření**, **ukládáné dle trestního práva** jako právní následek trestného činu spáchaného ve stavu zmenšené přičetnosti nebo ve stavu vyvolaném duševní poruchou, nebo činu jinak trestného spáchaného nepřičetnou osobou.

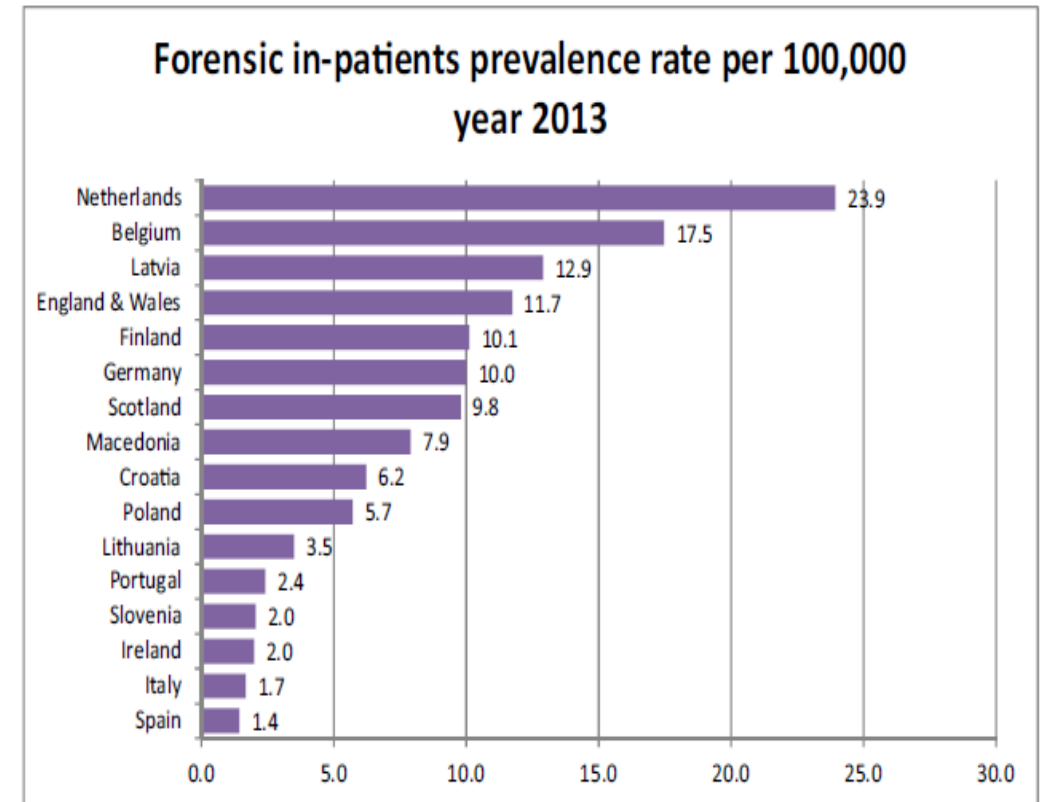
Účel ochranného léčení spočívá především v **terapeutickém působení na pachatele**. Cílem je **zmírnit nebo odstranit rizikové faktory vedoucí k nebezpečnosti jedince pro společnost**.

Ačkoli má ochranné léčení jasné praktické cíle, jeho účel není výslovně uveden v zákoně

OCHRANNÉ LÉČENÍ, EVROPSKÝ KONTEXT



Naše data: cenzus 2020, celostátní průměr **2,6** roku, PN Bohnice **1,4** roku (Páv 2022)

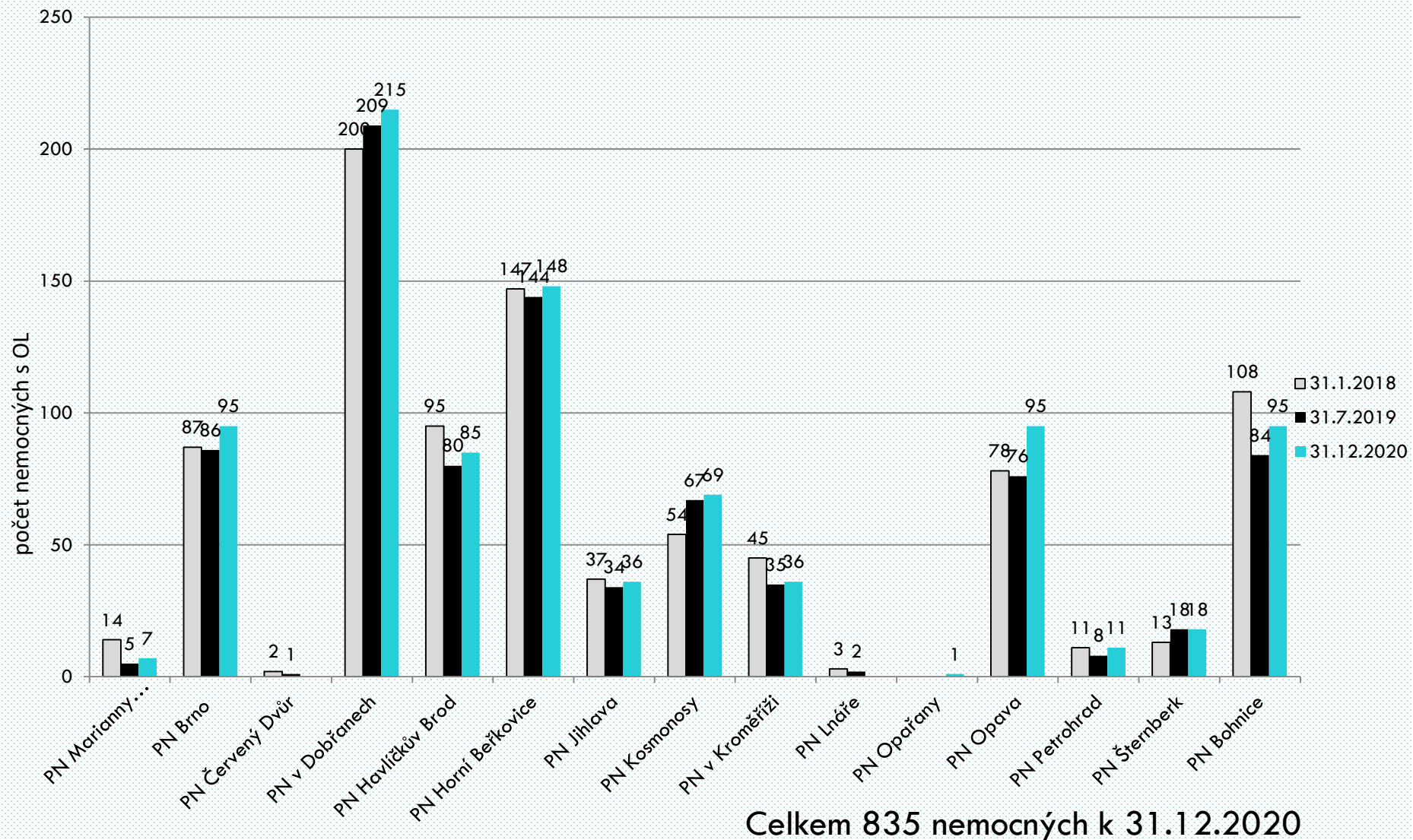


Tomlin et al. 2020

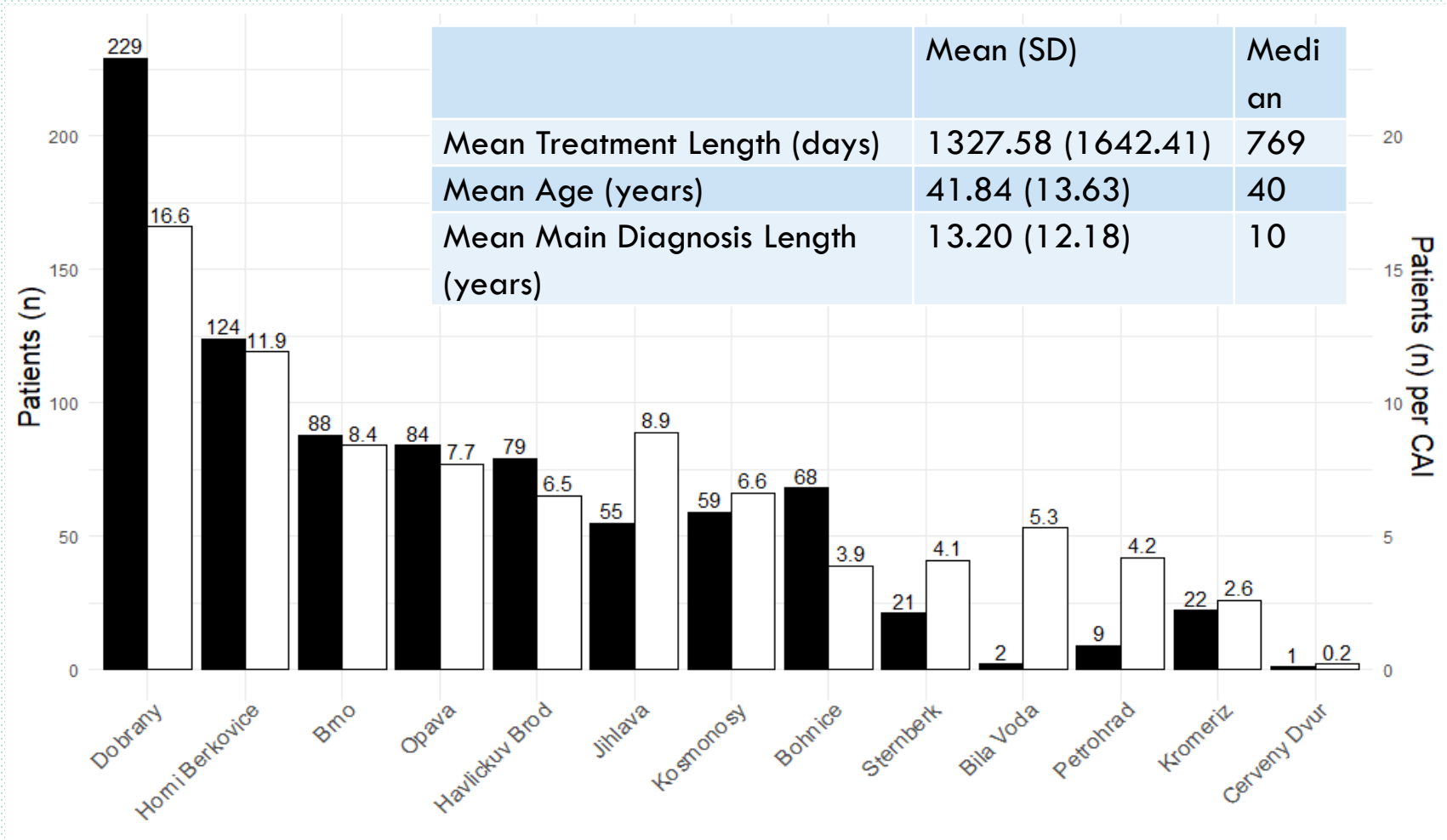
Naše data, cross sectional 2018, **8/100** tis

Páv et al. 2020,2022

POČTY NEMOCNÝCH S ÚSTAVNÍM OL 2018-2020



ABSOLUTNÍ POČET PACIENTŮ A POČET NEMOCNÝCH NA 100 000 OBYVATEL SPÁDOVÉ OBLASTI



PREDIKCE PROPUŠTĚNÍ, DOBA LÉČENÍ A DIAGNÓZY, VŠECHNY NEMOCNICE

Table 3. Effect of diagnoses on discharge (n= 793)

	Estimate, (95% CI)	
	(1)	(2)
Constant	-0.56** (-0.98, -0.19)	0.08 (-0.51, 0.63)
Substance Use Diagnosis	1.17*** (0.67, 1.73)	0.53 (-0.12, 1.22)
Psychotic Disorders Diagnosis	0.29 (-0.13, 0.77)	-0.35 (-0.93, 0.28)
Personality Disorders Diagnosis	0.64* (0.16, 1.17)	-0.001 (-0.64, 0.68)
Mental Retardation Diagnosis		-1.30** (-2.27, -0.49)
Observations	793	793
Log Likelihood	-535.96	-531.00
Akaike Inf. Crit.	1,079.90	1,072.00

Note: $p < 0.05$; **$p < 0.01$** ; $p < 0.001$

(1)

Nagelkerke R=0.044, H&L R=0.024, H&L Chi(2)=0, p=1

(2)

Nagelkerke R=0.06, H&L R=0.033, H&L Chi(3)=0, p=1

Sebalo I, Sebalo Vňuková M, Anders M, Ptáček R, Páv M.
Markers of predicting discharge from forensic psychiatric hospitals
in Czechia. Int J Soc Psychiatry. 2024 Sep;70(6):1075-1082.
doi: 10.1177/00207640241255575.

	Estimate, (95% CI)
Estimate, Diagnosis F20 (95% CI)	1,490.00*** (1,313.00, 1,684.00)
Diagnosis F00-F09	-224.00 (-553.80, 100.40)
Diagnosis F10-F19	-726.30*** (-964.60, -499.00)
Diagnosis F30-F39	152.80 (-1,142.00, 2,818.00)
Diagnosis F40-F49	-1,147.00 (-1,409.00, -891.90)
Diagnosis F50-F59	-1,035.00 (-1,379.00, -701.90)
Diagnosis F60-F69	-368.10* (-627.20, -122.70)
Diagnosis F70-F79	951.00*** (210.90, 1,817.00)
Diagnosis F80-F89	-371.40 (-582.20, -176.20)
Observations	765
R ²	0.06
Adjusted R ²	0.02
Residual Std. Error	1,597.00 (df = 756)
F Statistic	6.51*** (df = 8; 756)
Note:	$p < 0.05$; $p < 0.01$; $p < 0.001$
Bold values have bootstrapped 95% CIs without 0	

ANALÝZA DÉLKY LÉČBY A TYPU LÉČENÍ MEZI NEMOCNICEMI

Estimate, (95% CI)			
Hospital	Psychiatric treatment	Substance use treatment	Sex-offender treatment
Bohnice (constant)	1,170.00*** (726.50, 1,703.00)	301.20 (-1,316.00, 3,795.00)	-44.16 (-705.50, 601.60)
Brno	190.30 (-498.10, 861.80)	513.50 (-970.90, 2,980.00)	-323.10 (-875.90, 150.20)
Dobruška	506.40 (-98.09, 1,029.00)	-336.50 (-934.10, 230.60)	786.90* (-77.28, 1,691.00)
Havlickuv Brod	416.30 (-258.90, 1,068.00)	-873.00 (-1,422.00, -416.80)	-557.70 (-1,114.00, -83.57)
Horní Berkovice	367.20 (-286.90, 974.70)	-578.20 (-1,127.00, -115.00)	811.70 (-168.40, 2,032.00)
Jihlava	656.10 (-355.60, 1,844.00)	-731.20 (-1,386.00, -46.08)	996.20 (-1,066.00, 4,205.00)
Kosmonosy	-86.87 (-715.70, 467.60)	-825.20 (-1,358.00, -380.50)	-255.40 (-837.50, 274.20)
Opava	-299.90 (-862.80, 185.50)	-732.40 (-1,301.00, -247.80)	795.70 (-194.80, 1,739.00)
R ²	0.07		
Adjusted R ²	0.04		
Residual Std. Error	1,606.00 (df = 741)		
F Statistic	2.54*** (df = 23; 741)		
Note:	<i>Bold values have bootstrapped 95% CIs without 0</i> <i>p<0.05; p<0.01; p<0.001</i>		

NAKOL

NÁRODNÍ KONCEPCE OCHRANNÉHO LÉČENÍ

Oblast Ministerstva zdravotnictví

Vzdělávání odborníků a koncepce vzdělávání ve forenzní problematice (University, IPVZ)

Rozvoj infrastruktury v nemocnicích, rozvoj ambulantní péče, rozvoj komunitní péče (CDZ-OL)

Definice standardů ochranného léčení ve všech oblastech

Evidence ochranného léčení (UZIS)

Koncepce multiagenturní spolupráce

Případné legislativní změny

- **Oblast Ministerstva spravedlnosti**

- Znalectví

- Výkon ochranného léčení v zařízeních Vězeňské služby

- Vzdělávání justičních odborníků (Justiční akademie)

- Případné legislativní změny

- **Oblasti Ministerstev Zdravotnictví, Spravedlnosti, Vnitra, Práce a sociálních věcí, Děti, mládeže a tělovýchovy a Financí**

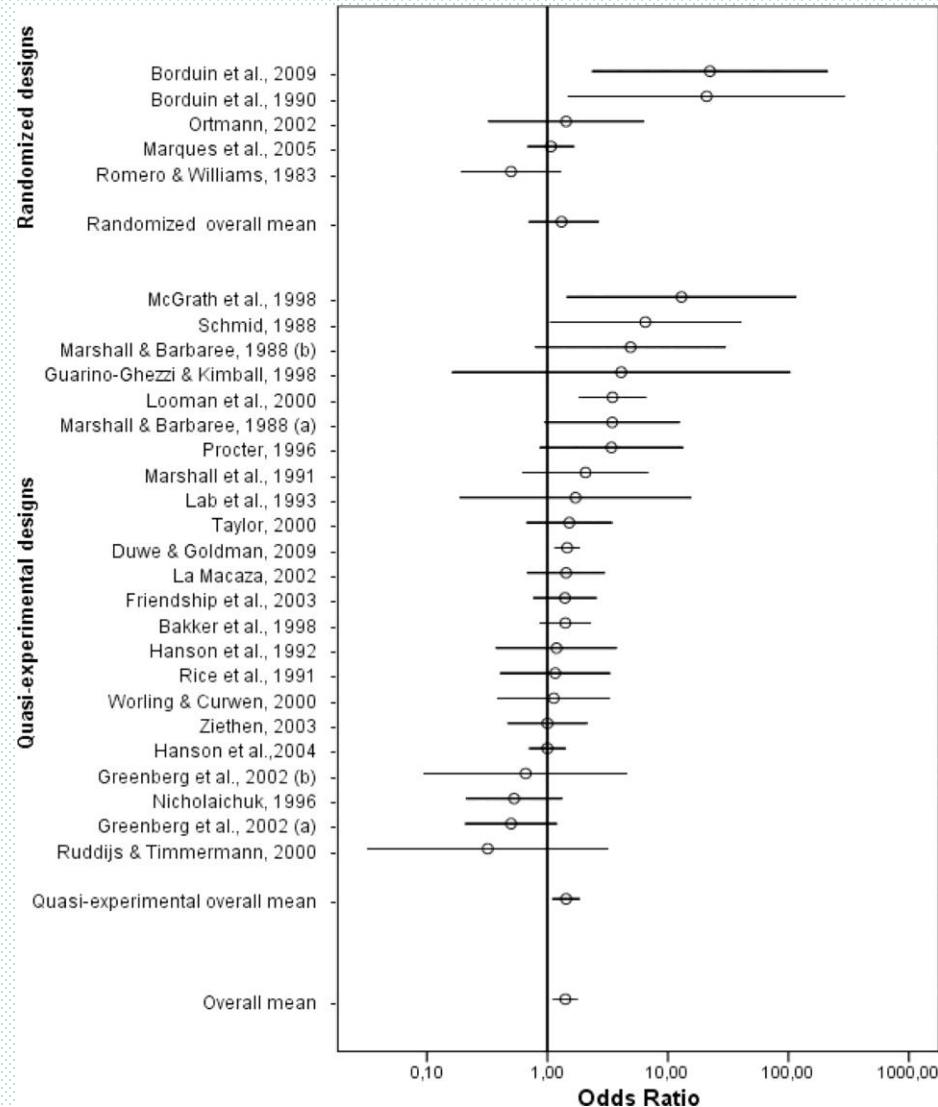
- Meziřesortní/multidisciplinární spolupráce/multiagenturní spolupráce

- Koncepce finančního zajištění

- Případné legislativní změny

PSYCHOSOCIÁLNÍ LÉČBA SEX. NÁSILNÍKŮ

($k = 28$; Mean odds ratio and 95%-confidence interval)



Studie ve vězeních, nemocnicích, amb.
 $n=4,939$

$c= 5,448$

sledování: od 1 do 19.5 let ($M = 5.9$)

Sex recidivita **10.1% (13.7 %)**

OR= 1.41, 95% CI: 1.11 to 1.78, $p < .01$

(M. Schmucker & F. Lösel, 2017)

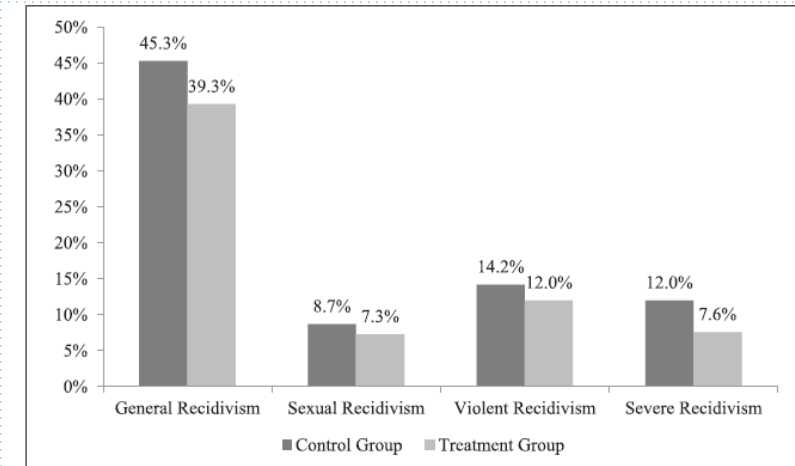


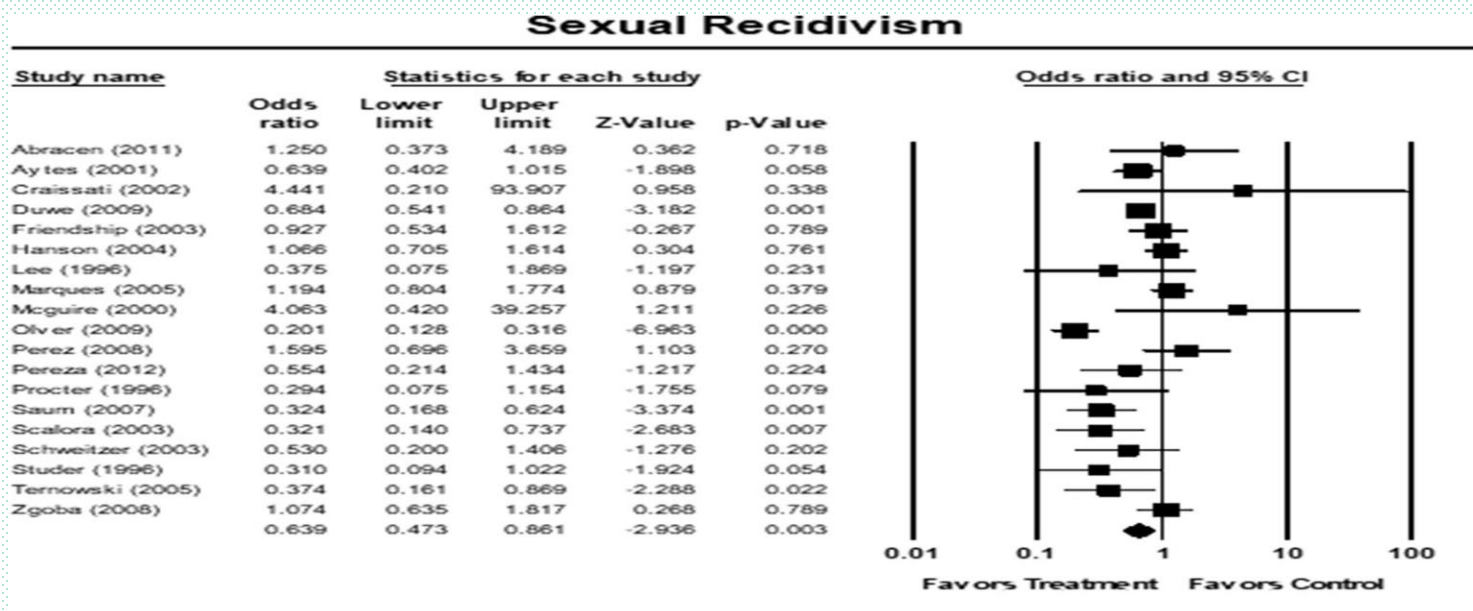
Figure 3. Recidivism rates in the treatment group and the control group matched via propensity score weighting.

Note. Sample sizes in the weighted sample: $N_{\text{control}} = 298$, $N_{\text{treatment}} = 352$.

SEXUOLOGICKÁ LÉČBA

“Core” psychological sexual offender treatment program (SOTP) (2000-2012) studijní skupina (n = 13,219), kontroly (n = 2562), sledování 8,2 roku- výskyt násilí v léčené skupině 10% u neléčených kontrol 8% (Mevs 2017)

Metaanalýza (70 studií s 55 000 účastníky)- sexuální násilí, domácí násilí a programy cílené na všeobecné násilí-
léčení 13,4%, neléčení 19,4%, u sexuálního násilí v intervenčních programech redukce výskytu o 32.6% (Gannon 2019)



RECIDIVITA PO ÚSTAVNÍM SEXUOLOGICKÉM LÉČENÍ: 10TI LETÉ SLEDOVÁNÍ V PN BOHNICE

International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology

Impact Factor: **1.3** / 5-Year Impact Factor: **1.7**

 Available access | Research article | First published online May 9, 2023

Outcome Evaluation of a Treatment Program for Men with Paraphilic Disorders Convicted of Sexual Offenses: A 10-Year Community Follow-up

[Marek Pávek](#)  , [Ivan Sebalo](#) , [...] and [Derek Perkins](#)  [View all authors and affiliations](#)

[OnlineFirst](#) | <https://doi.org/10.1177/0306624X231165416>

 Contents |  PDF/EPUB |  Cite article |  Share options |  Information, rights and permissions

Abstract

Evidence concerning specific paraphilia treatment effectiveness is limited. We present observation data of 127 men convicted of paraphilic sexual offenses who attended inpatient and outpatient follow-up treatment in Czechia. We collected participants' sociodemographic and treatment-related information, including STATIC-99R scores, and used proportional hazards models to analyze variables' effect on recidivism risk. Within the observation period, the general recidivism and sexual recidivism rates were 33.1% and 16.5%, respectively, and the sexual contact recidivism rate was 4.7%. The total STATIC-99 score for those who re-offended was 5.65 ($SD = 2.11$) and for those who did not was 3.98 ($SD = 2.02$). Recidivism risk was 7.52 times

ČESKÁ DATA ÚSPĚŠNOSTI LÉČBY: VÝBĚR VZORKU A SBĚR DAT

- ❖ Nemocní, kteří absolvovali program ústavního sexuologického léčení v PN Bohnice a jsou (byli) sledováni v ambulanci PN Bohnice **n=125**
- ❖ Baterie sociodemografických údajů, indexového jednání, předchozích pobytů, průběhu ústavního léčení, léčby, průběhu návazné ambulantní léčby a zejména recidivity v průběhu této léčby
- ❖ Sběr proběhl 1-6.2011, další data byla doplněna v průběhu listopadu a února 2022
- ❖ Recidivita- získána z dokumentace, kdy je nemocnice v případě trestního stíhání či policejního vyšetřování kontaktována a tedy údaj zaznamenaný (sexuální a obecná recidivita)
- ❖ Délka sledování je dána: datem propuštění z ústavní léčby a)
recidivou
b) datem ukončení OL
c) datem sběru dat

DEMOGRAFICKÉ A DIAGNOSTICKÉ SLOŽENÍ N=125

Průměrný věk: 51 let (23-85)

Ve vztahu: 51,2%

Vzdělání: 40% základní, 58% střední, 2% vysokoškolské

Intelligence: 30,7% podprůměr, 52% průměr, 17% nadprůměrní

Index: 23.6% vážné sexuální násilí, 55.9% hand on, 19.7% hands off, 1% žhářství

Diagnóza	Percent	n
F65.4 Pedofilie	30.7%	39
F65.8 Jiné poruchy sexuální preference	30.7%	39
F65.5 Sadomasochismus	11.8%	15
F65.6 Mnohočetná porucha sexuální preference	8.7%	11
F65.9 Nespecifikovaná porucha sexuální preference	8.7%	11
F65.2 Exhibitionismus	6.3%	8
F63.1 Fetišistický transvestitismus	1.6%	2

Délka sledování 9,9 roku (SD = 6.9)

RECIDIVITA

Sexuální recidivita		Nesexuální recidivita	
Násilná sexuální recidiva (hands on)	Sexuální nenásilná (hands off)	Násilná nesexuální	obecná kriminalit
4,7%(6)	11,8 % (15)	6,3 % (8)	16,5 % (21)
16,5 % (21)		16,5 % (21)	
33,1 %(42)			

Doba do recidivy v letech

Jakákoliv recidiva	8.6 (6.9)
Sexuální recidiva	6 (6.4)
Násilná recidiva	15.1 (6.2)

RECIDIVITA DIAGNOSTICKÝCH PODSKUPIN

Total Recidivism			
Characteristic	Hazard Ratio	95% CI	p value
Exhibitionism	7.97	2.5171, 25.254	< 0.001
Paedophilia	1.27	0.4173, 3.862	0.67
Sadomasochism	1.68	0.4085, 6.917	0.47
Antisocial	0.69	0.1387, 3.418	0.65
Sex Recidivism			
Characteristic	Hazard Ratio	95% CI	p value
Exhibitionism	8.61	2.6338, 28.115	< 0.001
Paedophilia	1.48	0.4637, 4.702	0.51
Sadomasochism	1.79	0.4248, 7.528	0.43
Antisocial	0.72	0.1428, 3.613	0.69
Violent Recidivism			
Characteristic	Hazard Ratio	95% CI	p value
Exhibitionism	0.00	0, Inf	1.00
Paedophilia	0.78	0.2696, 2.278	0.65
Sadomasochism	0.73	0.1888, 2.821	0.65
Antisocial	1.26	0.3699, 4.318	0.71

RECIDIVA A INDEXOVÝ ČIN

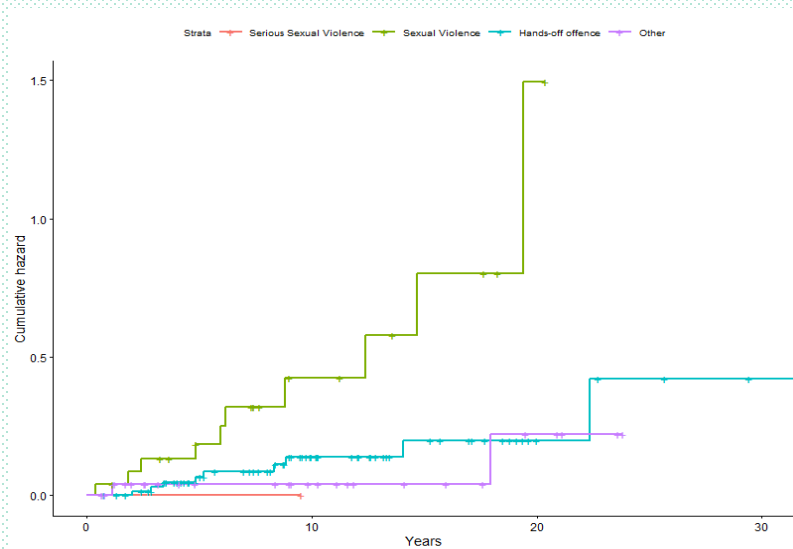


Figure 3. Sexual recidivism

1. Vážné sexuální násilí- vražda, znásilnění
2. Sexuální násilí (hand on)
3. Nekontaktní sexuální násilí (hands off)
4. Jiné činy (žhářství)

<u>Total Recidivism</u>			
Characteristic	Hazard Ratio	95% CI	p value
Index Offence Severity	0.4194	0.2246, 0.7834	0.00641
<u>Sex Recidivism</u>			
Characteristic	Hazard Ratio	95% CI	p value
Index Offence Severity	2.5891	1.38, 4.857	0.00304
<u>Violent Recidivism</u>			
Characteristic	Hazard Ratio	95% CI	p value
Index Offence Severity	0.8774	0.419, 1.837	0.729

RECIDIVITA A PRŮBĚH LÉČBY

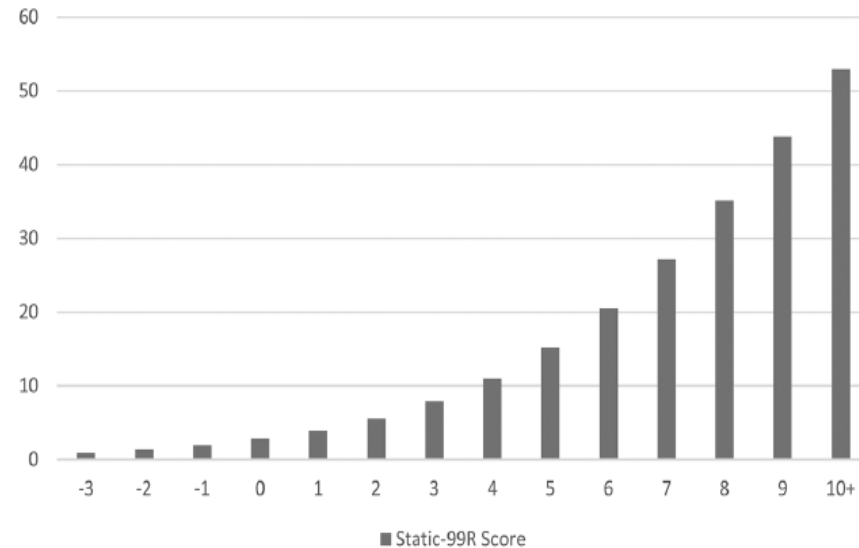
TOTAL RECIDIVISM			
Characteristic	Hazard Ratio	95% CI	p value
Attacking Personnel	0.00	0, Inf	1.00
Attacking Patient	0.66	0.1189, 3.6317	0.63
Absconding	0.76	0.1669, 3.4432	0.72
Returning under influence of alcohol	0.21	0.0572, 0.7765	0.02
Returning under influence of substances	1.16	0.2408, 5.5745	0.85
Making Threats	2.36	0.6595, 8.4196	0.19
SEX RECIDIVISM			
Characteristic	Hazard Ratio	95% CI	p value
Attacking Personnel	0.00	0, Inf	1.00
Attacking Patient	0.35	0.03627, 3.3377	0.36
Absconding	0.84	0.18183, 3.8869	0.82
Returning under influence of alcohol	0.17	0.03615, 0.7589	0.02
Returning under influence of substances	1.40	0.30242, 6.4998	0.67
Making Threats	2.02	0.4966, 8.2214	0.33
VIOLENT RECIDIVISM			
Characteristic	Hazard Ratio	95% CI	p value
Attacking Personnel	8.66	0.2877152, 260.595	0.21
Attacking Patient	0.02	0.0006492, 0.5329	0.02
Absconding	1.26	0.3391292, 4.668	0.73
Returning under influence of alcohol	0.78	0.2432772, 2.499	0.68
Returning under influence of substances	4.39	0.8641128, 22.339	0.07
Making Threats	5.74	1.4792255, 22.2745	0.01

RECIDIVA A PULPEKTOMIE

Total Recidivism			
Characteristic	Hazard Ratio	95% CI	p value
Not Having Pulpektomy	2.74	0.6335, 11.84	0.18
Sex Recidivism			
Characteristic	Hazard Ratio	95% CI	p value
Not Having Pulpektomy	5.23	0.6969, 39.17	0.11
Viol Recidivism			
Characteristic	Hazard Ratio	95% CI	p value
Not Having Pulpektomy	2.14	0.614, 7.428	0.23

STATIC-99

Five-Year Recidivism Estimates per Static-99R Score



Total Recidivism			
Characteristic	Hazard Ratio	95% CI	p value
STATIC total score	1.42	1.12, 1.794	0.00
Sex Recidivism			
Characteristic	Hazard Ratio	95% CI	p value
STATIC total score	1.41	1.107, 1.787	0.01
Violent Recidivism			
Characteristic	Hazard Ratio	95% CI	p value
STATIC total score	0.99	0.7598, 1.288	0.94

Static-99R – TALLY SHEET

Assessment date: _____ Date of release from index sex offence: _____

Item #	Risk Factor	Codes		Score
1	Age at release from index sex offence	Aged 18 to 34.9		1
		Aged 35 to 39.9		0
		Aged 40 to 59.9		-1
		Aged 60 or older		-3
2	Ever lived with a lover	Ever lived with lover for at least two years?		0
		Yes		1
		No		
3	Index non-sexual violence - Any convictions	No		0
		Yes		1
4	Prior non-sexual violence - Any convictions	No		0
		Yes		1
5	Prior sex offences	<u>Charges</u>	<u>Convictions</u>	
		0	0	0
		1,2	1	1
		3-5	2,3	2
		6+	4+	3
6	Four or more prior sentencing dates (excluding index)	3 or less		0
		4 or more		1
7	Any convictions for non-contact sex offences	No		0
		Yes		1
8	Any unrelated victims	No		0
		Yes		1
9	Any stranger victims	No		0
		Yes		1
10	Any male victims	No		0
		Yes		1
Total Score		Add up scores from individual risk factors		

Nominal Risk Levels (2016 version)	<u>Total</u>	<u>Risk Level</u>
	-3, -2,	I - Very Low Risk
	-1, 0,	II - Below Average Risk
	1, 2, 3	III - Average Risk
	4, 5	IVa - Above Average Risk
	6 and higher	IVb - Well Above Average Risk

ZÁVĚR

- ❖ Náš vzorek ukazuje recidivitu v úrovni srovnatelné s jinými nálezy jak jednotlivých studií či metaanalýz v zahraničí
- ❖ Vážné indexové jednání je spojeno se zvýšeným rizikem recidivy, exhibicionisté recidivují častěji
- ❖ Průběh léčby nám napovídá o riziku recidivy (návraty pod vlivem alkoholu, napadání a vyhrožování spolupacientům)

Limity:

Obtíže s validním získáním recidivitních dat

Nejistá zobecnitelnost při odlišnostech v obsahu terapeutických programů v jednotlivých nemocnicích

Velikost vzorku

REŽIMOVÁ LÉČBA SEXUÁLNÍCH DELIKVENTŮ V ČECHÁCH A NA MORAVĚ

- ❖ 1974-77, oddělení léčebny v Horních Beřkovicích (individuální a skupinová psychoterapie, zdravotní výchovu, pracovní terapii, léčebnou tělovýchovu a kulturní pořady), bodovací systém (*Singer et al., 1977*)
- ❖ Recidivita 26% (20% homosexuální pedofilie, 14% heterosexuální pedofiiie, exhibicionisté 35%) (n=137), 3 roky sledování (*Zimanová et al., 1987*)
- ❖ KBT program v psychiatrické léčebně Želiv, recidivita 9% (n=234), 10 let sledování (*Procházka 1991*)
- ❖ **1997- sexuologické oddělení v léčebně Bohnice, dalších 6(5) pracovišť**
- ❖ Katamnestická anketa, recidivita 10% (n=103/316), 10 let sledování (*Brichcín et al., 1997*)
- ❖ 17.1% recidivita při 20ti letém sledování u 954 pacientů léčených mezi lety 1976–1999 (*Weiss 1999*)
- ❖ **Prediktory recidivity:** nižší věk, zaměstnání, předchozí nesexuální trestná činnost, neschopnost dokončit léčbu (tedy útky během léčby) a partnerské vztahy (37 recidivujících a 37 nerecidivujících nemocných po ústavním OL (*Měchýřová 2012*))

TERAPIE PARAFILNÍCH SEXUÁLNÍCH DELIKVENTŮ

- ❖ ❖ Terapeutické aktivity v rámci specializované léčby
- ❖ řešení problémů, které nekonformní sexuální chování či cítění přináší (tedy léčbu specifických následků distresu spojeného s deviací)
- ❖ práce na resocializaci a přizpůsobení sociálním normám (to zvláště v případě pachatelů sexuálních deliktů po VT).

DIAGNOSTIKA SEXUÁLNÍCH PORUCH- V PRŮBĚHU OCHRANNÉHO LÉČENÍ

- ❖ Z anamnézy – rodinná anamnéza, od nejútlejšího věku, jestli si hrál s panenkami, ubližoval zvířatům, jestli měl kamarády nebo kamarádky - rvačky
- ❖ Falopletysmografie – sleduje se prokrvení topořivých těles u muže při prohlížení obrázků nahých žen, mužů, zvířat, soch
- ❖ Vulvopletismografie – to samé už žen, zcela výjimečně

JEDNOTLIVÉ CÍLE LÉČBY LZE SPATŘOVAT

- V úpravě chování pacientů
- V poskytování informací (racionální psychoterapii)
- V dosažení náhledu
- V posílení vědomé kontroly chování
- Ve změně postojů pacientů
- V dosažení jejich sexuální adaptace a nakonec jejich celkové sociální reintegraci

V zacílení na přítomnou kombinaci rizikových faktorů sexuálního násilí

ÚPRAVA CHOVÁNÍ

- ❖ Základní adaptace sociálního chování pacientů v nejširším slova smyslu
- ❖ Sociální maladaptace, nedostatečná interiorizace společenských norem chování
- ❖ Dysfunkční behaviorální standardy přenášené z vězeňské subkultury do psychiatrického zařízení (například tendence k hierarchizaci na základě fyzické síly)
- ❖ Sexuální zneužívání v dětství

INFORMACE

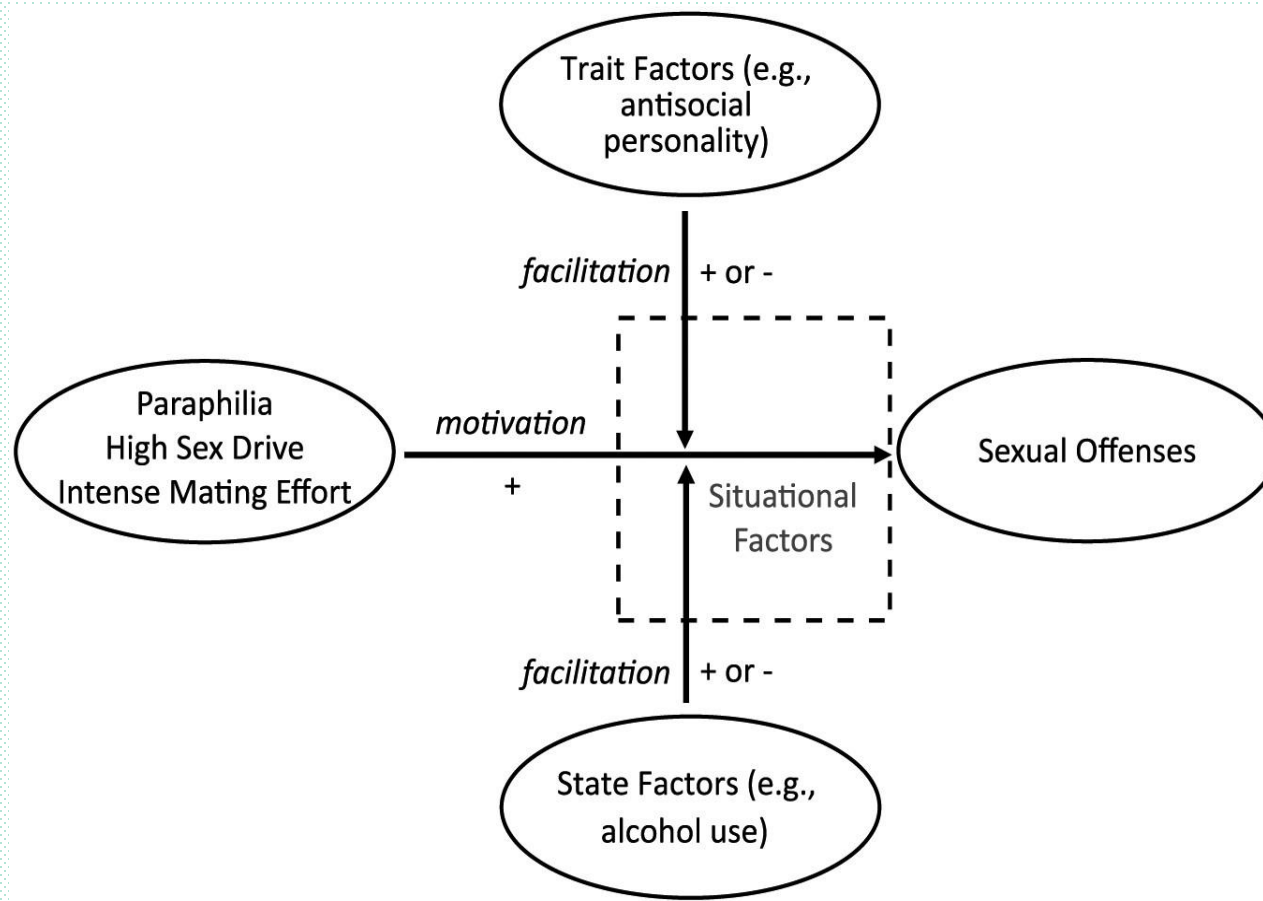
- ❖ • Získání adekvátních informací o normální i deviantní sexualitě umožňuje pacientům především lépe poznat příznaky vlastního abnormního psychosexuálního vývoje
- ❖ • Přístup k odborné i laické literatuře, přezkoušení dle mentálních schopností
- ❖ • Informace o možnostech a cílech léčby jim lépe umožňují identifikovat se s terapeutickými metodami

KOMPONENTY TERAPIE

- ❖ **Odkrývající psychoterapie** pomáhá pochopit odlišnost jejich sexuálně-motivačního systému a probudit empatii k obětem. Může se dít individuálně, párově, skupinově nebo v rodinném uspořádání.
- ❖ **Kognitivně-behaviorální techniky** pracují s kognitivní distorzí, racionalizacemi a fantazií parafileálních osob, nacvičují kontrolu hněvu a prevenci relapsu.
- ❖ **Edukativní postupy** napravují deficit interpersonálních a sociálních dovedností, bourají mýty o sexualitě a učí novým sbližovacím návykům.
- ❖ **Biologická terapie** redukuje farmakologicky, případně chirurgicky sexuální vzrušivost.
- ❖ **Socioterapie a sociální intervence** působí celým terapeutickým ovzduším ústavu, zahrnuje i:
 - ❖ **pracovní terapie, pohybové a sportovní aktivity**, kreativní techniky, připravuje zázemí po propuštění
- ❖ **Komunitní podpora** po propuštění koordinuje terapii s dohledem proškolených probačních úředníků

(Brichcín 2005)

MOTIVAČNĚ-FACILITAČNÍ MODEL SEXUÁLNÍHO NÁSILÍ



NÁHLED

- ❖ • Celoživotní systém obran, týkající se jejich deviantního sexuálního chování
- ❖ Systém postojů, který se týká sexuálního násilí a sexuality obecně
- ❖ Mají tendenci vinit ostatní ze svých problémů a většinou nepřijímají zodpovědnost za své chování
- ❖ Snížená kritičnost a nezdůvodněné sebevědomí při vyhlásování soudů o svých vlastních motivech
- ❖ Narušení interpersonální vztahů, ale současně i podpora těch, které pomáhají překonávat úzkost, strach a frustraci

OBRANNÉ MECHANISMY

- ❖ Agresivní / útočný užívá především projekci a popření. Mnozí z nich vysvětlují své deviantní aktivity svedením ze strany oběti
- ❖ Zobecnění - každý muž je trochu agresivní, jinak by nebyl chlap
- ❖
- ❖ Racionalizace, intelektualizace
- ❖ Výcvik empatické schopnosti, schopnosti vcítit se do pocitů oběti pacientova trestného činu –dopis oběti

POSÍLENÍ VĚDOMÉ KONTROLY

- ❖ Schopnost rozeznat okolnosti, které vedly k manifestaci jeho sexuálně násilného jednání
- ❖ Schopnost se v budoucnu rizikovým situacím vědomě vyhýbat
- ❖ Převzetí odpovědnosti za své chování, a to ne pouze v oblasti sexuální
- ❖ Léčba zaměřena ne pouze na potlačení nežádoucích tendencí pacienta
- ❖ Podporu jeho pozitivních a žádoucích charakteristik.

ZMĚNA POSTOJŮ

- Nedostatečná motivace
- Identifikovat se s negativními postoji veřejnosti, což jim dále znesnadňuje akceptaci své vlastní parafilie
- Postoje k ženám či dětem, a to podle charakteru jejich deviace, jsou často parafilii podmíněné a deformované
- Vytvoření nových a smysluplných životních cílů

SEXUÁLNÍ ADAPTACE

Nalezení alternativních způsobů sociálně akceptovatelného sexuálního uspokojení

Dle Zimanové a Hubálka (1983) tyto alternativní sexuálně adaptační cíle léčby:

- a) adaptaci na heterosexuální koitální aktivitu s dospělou ženou,**
- b) adaptaci na heterosexuální nekoitální aktivitu s dospělou ženou,**
- c) adaptaci na autoerotickou masturbační aktivitu,**
- d) adaptaci na deviantní, ale sociálně akceptovatelné formy sexuálního chování,**
- e) dočasné (farmakologické) nebo trvalé (chirurgické) tlumení sexuální potřeby.**

SOCIÁLNÍ REINTEGRACE

- ❖ Deviantní chování a následné uvěznění vedou často ke stigmatizaci
- ❖ Ztrátu rodiny, zaměstnání, ubytování, resp. ztěžuje vytvoření tohoto zázemí
- ❖ Nedostatek smysluplného zaměstnání, život v kriminální subkultuře, častý abus alkoholů apod. pak mohou vést k selhání mechanismů vědomé kontroly a k nové manifestaci deviantního chování
- ❖ Na posílení rodinného, partnerského a profesionálního zázemí pacientů

KOMORBIDITY

- ❖ Porucha osobnosti s rysy nezdrženlivosti, disociality či agresivity
- ❖ Abusus alkoholu či nealkoholových drog
- ❖ Subnormní intelekt
- ❖ Komunitní systém oddělení, založený na důsledném režimovém působení na pacienta, spojený s pevným denním řádem a s přehledným behaviorálním systémem odměn aodejmutí výhod

PROPUŠTĚNÍ PACIENTA Z OL SEXUOLOGICKÉ ÚSTAVNÍ LÉČBY

- ❖ Návrh terapeutického týmu
- ❖ Konzultace s primářem
- ❖ Představení „primářskému konsiliu“
- ❖ Návrh místně příslušnému soudu
- ❖ Rozhodnutí soudu – přeměna na ambulantní léčbu

LÉČBA VE VZTAHU K TRESTU VS DOBROVOLNÁ

Donucen institucemi/okolnostmi

léčba po výkonu trestu

léčba v rámci výkonu trestu

léčba jako alternativa trestu

instituce versus komunita

Přichází sám / s blízkým

Necítí se dobře

Chce sexualitu řešit

Ochoten o ni rámcově mluvit

Má obavy – velmi často již střet se zákonem, či na jeho hranici

Hledá úlevu/pomoc

OCHRANNÉ ÚSTAVNÍ LÉČENÍ

Před jeho započítím požadujeme:

- pravomocný rozsudek
čtení rozsudku je součástí terapeutické skupinové práce
- znalecký posudek
jak znalec dospěl k diagnóze
- nařízení výkonu

OCHRANNÉ ÚSTAVNÍ LÉČENÍ

Po nástupu pacienta jsou zjevné rozdílné přístupy.

- Zda výkon trestu vůbec nenastoupil

pacienti uznání pro psychiatrickou či sexuologickou poruchu nepřičetní, kdy trestní stíhání bylo zastaveno, ale bylo nařízeno OL:

- často situaci nechápou - špatná práce obhájců, ZZ doplňuje jejich vysvětlovací práci

Nejčastější omyly nemocných:

- nebyl jsem odsouzen tudíž jsem nevinen
- nebyl jsem ve výkonu trestu, proč jsem tedy v léčebně, když jsem „nevinen“

- Pacient s podmíněným trestem, ale uloženým OÚL - nejčastěji berou OL jako trest

- Zda jde přímo z výkonu trestu

- zda vykonal celý trest
- zda byl podmíněně propuštěn

PRŮBĚH ÚSTAVNÍ PSYCHOTERAPEUTICKÉ LÉČBY MŮŽE BÝT NÁROČNÝ

- ❖ SSRI antidepressiva jsou léky první volby
- ❖ Psychofarmaka jsou indikována především tam, kde pacient projevuje depresivitu, vyšší afektivní labilitu a agresivitu, nebo u deviací s výraznou kompulzivně obsedantní složkou
- ❖ Psychofarmaka jsou vhodná především v těch případech, kdy je hormonální léčba kontraindikována (věk nad 50 let, jaterní poškození, celkově špatný zdravotní stav)
- ❖ Anxiolytika a neuroleptika, lithium byly používány u parafilních sexuálních delikventů, dnes pouze v rámci jasnější indikace komorbidity

BIOLOGICKÁ LÉČBA PARAFILIKŮ

- ❖ Od sedmdesátých let je popsáno v této indikaci využití sedativ, neuroleptik, antidepresiv a thymoprofylaktik.
- ❖ Specifický účinek na sexuální vzrušivost mají zejména antidepresiva SSRI (paroxetin, escitalopram, fluoxetin)
- ❖ Potlačení **kompulzivní komponenty** parafilních motivů, nebo na stabilizaci kolísající nálady
- ❖ U parafilních i neparafilních sexuálních delikventů, zejména u **těch méně nebezpečných** (exhibicionisté, voyéři, fetišisté)

BIOLOGICKÁ LÉČBA

- ❖ potlačení sexuální apetence pacienta
- ❖ inhibice gonadotropní hypofyzární funkce
- ❖ blokování funkce androgenních receptorů v
- ❖ cílových orgánech
- ❖ odnětí hlavního centra produkce testosteronu

ANTIANDROGENY

- ❖ Dnes se v této indikaci využívá v Evropě hlavně:
cyproteron acetát, CPA Androcur medroxyprogesteronacetát, MPA (Provera, Depo-Provera, Medroplex).
- ❖ V našich podmínkách je preskripce MPA u parafilních jedinců indikací „off-label“.
- ❖ Antiandrogeny mají prokazatelně tlumivý účinek na sexuální apetenci, sexuální vzrušivost, erekci, ejakulaci, orgasmus i sexuální satisfakci.

AGONISTÉ GONADORELINU (SYN. GONADOLIBERIN, LHRH, GnRH)

- ❖ Využívání agonistů LHRH hormonu, analogy gonadorelinu - triptorelin acetátem)
- ❖ dochází ke snížení receptorů LHRH (luteinizing-hormone-releasing-hormone) v hypofýze
- ❖ Tedy centrální působení – někdy popisováno jakožto „chemická kastrace“ - reverzibilní
- ❖ Účinek se přitom projevuje za 2 až 3 týdny po zahájení terapie

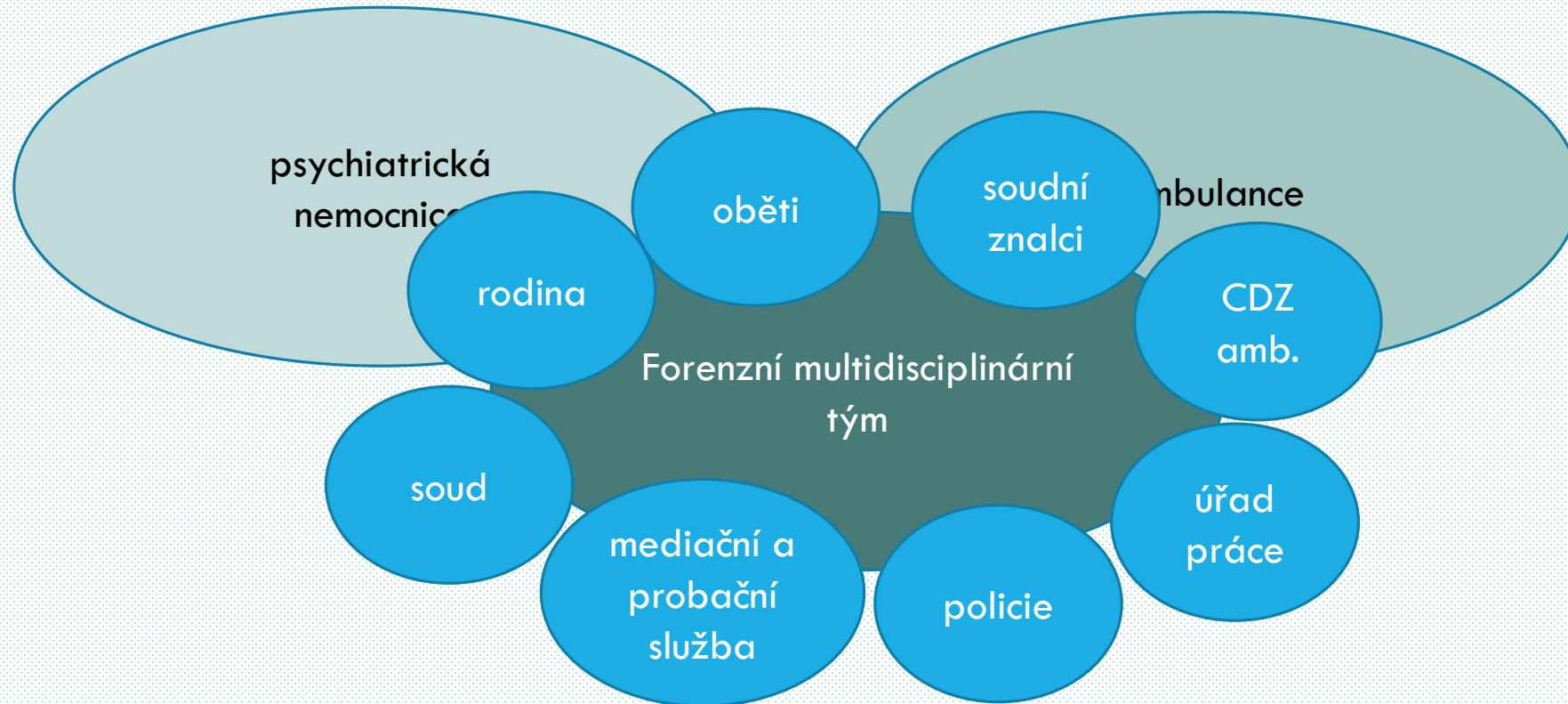
KASTRACE OBOUSTRANNÁ (BILATERÁLNÍ) ORCHIEKTOMIE

- ❖ Terapeutická kastrace v pravém slova smyslu byla provedena v roce 1892 Forelem ve Švýcarsku
- ❖ neuralgií pocházejících z varlat u imbecilního hypersexuálního pacienta
- ❖ Nedobrovolnost podstoupení kastrace jistě přispěla k diskreditaci tohoto léčebného zákroku
- ❖ 1969 zakázány v Holandsku, přesto největší soubor od třicátých let však bylo do této doby kastrováno asi 400 sexuálních delikventů, z nichž následně recidivovaly 3%.

PULPEKTOMIE: POUZE SE SOUHLASEM

- ❖ Funkčním důsledkem pokles hladiny testosteronu v krvi - pokles sexuální apetence na úroveň, kterou je pacient schopen lépe kontrolovat
- ❖ Zachována přitom zůstává extratestikulární, zvláště nadledvinková, tvorba tohoto hormonu
- ❖ Kastrovaný není zcela desexualizován falopletysmograficky zjistitelné reakce i zachovaná schopnost erekce u podstatné části kastrovaných mužů
- ❖ Indikace a adekvátnost schvalovány komisí Ministerstva zdravotnictví

FORENZNÍ TÝM



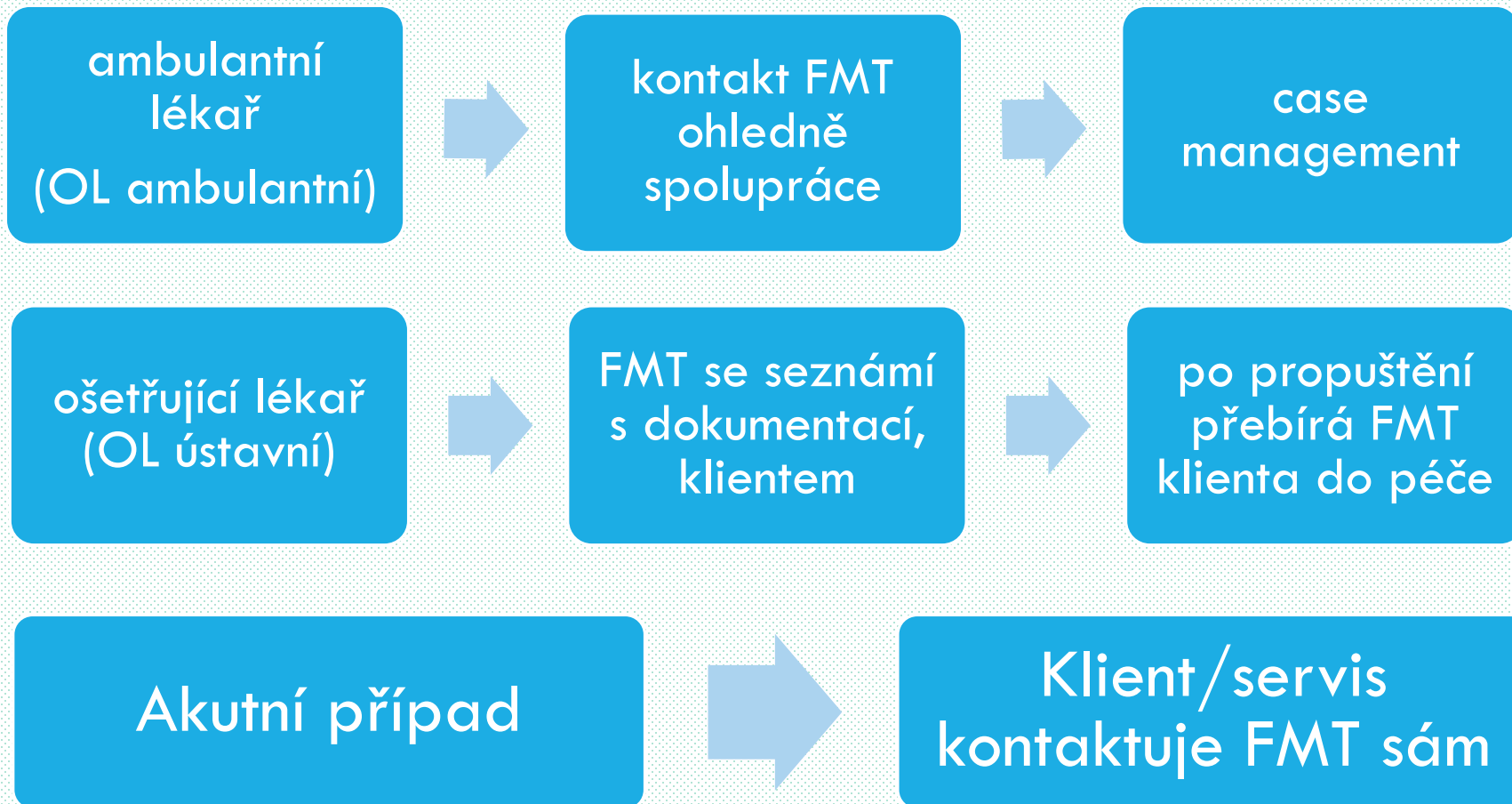
PERSONÁLNÍ OBSAZENÍ

Psychiatr 1.0	Ambulantní péče, Risk assesment
Psycholog 1.0	Psychoterapie, diagnostika, poradenství , Risk assesment
Adiktolog 0,5	Vedení pacientů s protialkoholní a protitoxikomanickou OL
Sexuolog 0,5	Vedení pacientů s sexuologickou OL, Risk assesment
Sociální Pracovník 2,0	Sociální pomoc, poradenství, sběr dat ohledně rizikových faktorů
Psychiatrická sestra 2,0	Sšetrovatelská rehabilitace, sběr dat ohledně rizikových faktorů
Administrativní pracovník 0,3	

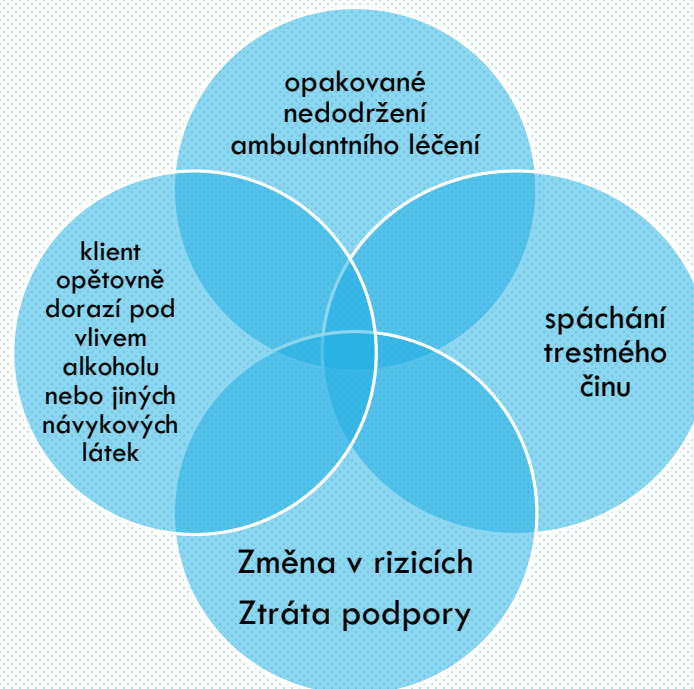
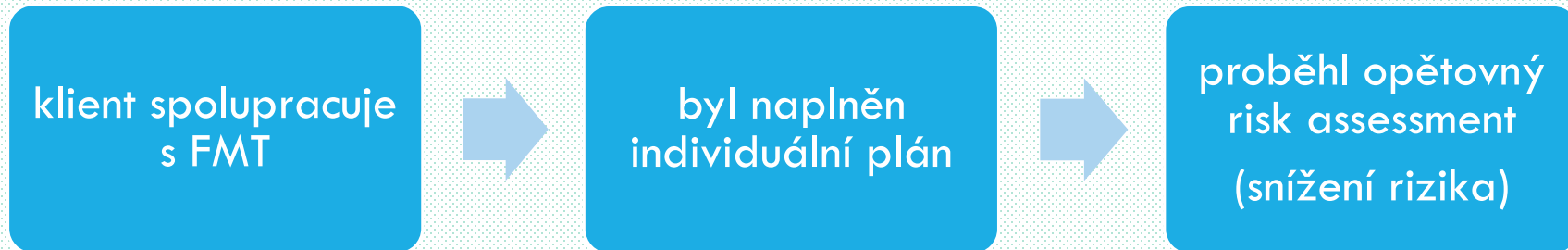
POSKYTOVANÉ SLUŽBY

- Zdravotní ambulantní služby-těžiště péče
- Zdravotní služby- akutní péče pro samoidentifikované klienty
- Mobilní zdravotní a sociální služby- před propuštěním z ústavního OL i po propuštění
- Krizové služby-zdravotní i sociální
- Systematická spolupráce s lůžkovými poskytovateli, konziliární podpora
- Kontaktní místo-soudy, veřejnost, jiné organizace, osvětová činnost
- Služby časně intervence-aktivní vyhledávání klientů v riziku

VSTUP DO SLUŽBY



UKONČENÍ SLUŽBY



ODKUD NEMOCNÍ PŘICHÁZEJÍ

- Psychiatrická nemocnice Bohnice: oddělení ústavního OL- odd 17, 5, 24, atd. **1/3**
- Nově nařízené ambulantní OL: soudy – Praha, Hradec Králové, atd. **1/3**
- Psychiatrické ambulance Praha, centra duševního zdraví **1/3**
- Navázání spolupráce v jakékoli úrovni:
 - Čekatelé na OL
 - Pacienti hospitalizovaní v OLÚ, příprava na propuštění

CÍLOVÉ SKUPINY

- Osoby s nařízenou OL, 18+ (psychiatrické, sexuologické, protialkoholní, protitoxikomanické, kombinace)
- Potřeba expertního zhodnocení rizika násilí u osob bez OL-
poptávka od jiných odborníků
- Samoidentifikovaní klienti
- Nemocní s duálními DG (triálními)

název OL	Ústavní	Ambulantní	Avizované	Ukončená spolupráce	Aktivní
Psychiatrické	4	72	3	8	76
Sexuologické	2	45	2	5	47
Protitoxikomanické	0	23	1	5	23
Protialkoholní	0	19	4	6	19
bez OL	0	6	0	4	6
Celkem	6	159+ 6 bez OL	10	28	171

FUNGOVÁNÍ TÝMU

- Multidisciplinární povaha týmu
- Horizontální vedení, hodnocení rizika a formulace plánu týmově
- Vytvoření systematického plánu léčení na základě užití nástrojů risk assessmentu (RA)
- Expertní vedení zkušenými odborníky oborů: sexuologie, psychiatrie, ošetřovatelství, sociální práce, klinická psychologie, atd.
- Managerské vedení týmu zkušenou vedoucí lékařkou z oboru sexuologie
- Příležitost pro mladé zdravotníky k získání zkušeností (školení + zkušení kolegové + praxe pod odborným dohledem)
- Zvýšení kvality poskytované péče, minimalizace rizikových faktorů, podpora ochranných faktorů

PERSONÁLNÍ SLOŽENÍ





DĚKUJI ZA POZORNOST

PODĚKOVÁNÍ: KRISTÝNA MIXOVÁ, DEREK PERKINS, SEAN HAMMOND, RŮŽENA ŘEŘICHOVÁ, MARTA ČERVINSKÁ, JAN KOŽNAR

KONTAKT : marek.pav@bohnice.cz



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
Strategie reformy psychiatrické péče



**MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY**