

Psychoterapie sexuálních deviantů

MUDr. Slavomil Hubálek

Súhrn

V práci se pojednává o dlouholetých léčebných výsledcích komplexní terapie zejména však metodami skupinové psychoterapie v souboru 968 sexuálních deviantů. Jedná se o téměř 20-leté zkušenosti autora na otevřeném sexuologickém oddělení. Toto oddělení pracuje režimovým způsobem na principu terapeutické komunity. Bylo prokázáno, že na region o milionu obyvatel je vhodné zřídit 20 lůžkové otevřené sexuologické psycho-terapeutické oddělení a na jeho práci navázat 3 ambulantní sexuologická pracoviště provádějící dlouhodobou dispenzární péči o tuto kategorii pacientů (Psychiatria, 2, 1995, č. 1).

Klíčové slová: psychoterapie, sexuologická léčba

Pachatelé sexuálních deliktů, kterým soudy nařídili ochrannou léčbu sexuologickou, tvořili tradičně velmi obtížnou kategorii pacientů psychiatrických léčeben, neboť jejich pobyty byly spíše dlouhodobou detencí s aplikací psychofarmak a tlumivých hormonálních preparátů. Dlouhodobě se touto problematikou zabýval primář dr. Topiář v Opavě a ten byl schopen říci, že prostá detence je tak neúčinná, že do roka po propuštění prokazatelně zrecidivuje 90% propuštěných pacientů.

V Psychiatrické léčebně v Horních Bečkovcích byla skupina sexuálních deviantů v roce 1974 vyčleněna, soustředěna na jedno oddělení a počalo se s pacienty pracovat metodami skupinové psychoterapie. Za rok na to vzniklo samostatné 20 lůžkové otevřené sexuologické oddělení, které pracuje režimovým způsobem na principu terapeutické komunity. Skupinová psychoterapie, psaní denníků, sexuální výchova, bodovací systém hodnocení chování a spolupráce, muzikoterapie, arteterapie, sport a pracovní terapie vytvářejí terapeutický

systém směřující k dosažení adaptivních forem sexuálního chování. Původní hormonální útlumová léčba Agostilbenem byla postupně opuštěna, nyní se útlum provádí zcela individuálně, spíše proto, aby pacient sám pocítil změnu svého prožívání a byl schopen si po propuštění o útlum v případě potřeby požádat.

Celé léčebné působení je pochopitelně zaměřeno na život pacienta po propuštění a na vytvoření kvalitního terapeutického vztahu v následné ambulantní péči. Velmi důležitá je práce sociálních pracovníků směřující k nalezení práce a ubytování, což je nezbytná podmínka pro propuštění z léčebny. Pevné, logické, trvalé a důsledné propojení psycho-terapeutických, farmakoterapeutických a sociálních intervencí je pojato jako model komplexní adaptační terapie, který vychází z předpokladu plasticity lidského sexuálního chování, možnosti jeho volní kontroly a občanské zodpovědnosti.

Pacientům je předestřen vějíř alternativních terapeutických cílů, a to:

- adaptace na heterosexuální koitální sexualitu
- adaptace na heterosexuální nekoitální sexualitu
- adaptace na autoerotický masturbační sexualitu
- adaptace na deviatní, ale sociálně tolerovanou sexualitu
- přechodné či dlouhodobé tlumení sexuality
- definitivní desexualizace chirurgickou deaktivací varlat

V psycho-terapeutické práci je nejdůležitější vytvoření atmosféry akceptace deviantního pacienta, bez ohledu na to, co provedl. Pouze v pozitivním emočním prostředí je možno pravdivě analyzovat pacientovu minulost a zejména připravovat jej na budoucnost po propuštění. Pacienti přicházejí většinou z vězení, kde stáli na

nejnižším stupni sociální hierarchie, přicházejí nedobrovolně, ve stavu výrazné úzkosti a mobilizace patologických obranných mechanismů. O svých problémech odmítají mluvit, předkládají důkazy o své nevině, bagatelizují své chování, nebo se hyperaktivitou snaží zakrýt podstatu svých problémů.

K ovlivnění deviantova chování bylo v minulosti používáno restriktivních výchovných prostředků, a to zcela bez efektu, jejich další používání nemá smysl. Zkušenost ukázala, že minimálně restriktivní, důsledně laskavý, přátelský postoj terapeutů je nejefektivnější. Nezastupitelná při vedení komunity a skupin jako celků je vedoucí psychoterapeutická dvojice muže a ženy, ale styk s nimi probíhá formou deníků, nikoliv přímou individuální komunikací.

Hlavní těžiště psychoterapeutické práce musí být v skupinách, neboť jen skupina deviantů dovede pochopit deviantního jedince a dovede mu pomoci. Pokusy o individuální psychoterapii deviantů narážejí na naše projekce, omezené schopnosti vcítění, na naše více či méně nedokonalé reflexe vlastních deviantních fantazií. Slovo písek nám spíše připomene nudistickou pláž, pedofilům však jednoznačně dětské pískoviště, do lesa chodíme na houby, agresori les milují jako ideální místo na přeapadení, exhibicionista ví, proč jeho kolega se potřebuje v polední přestávce nadýchat v parku zdravého vzduchu.

Mimo všech známých mechanismů skupinové psychoterapie je zde nejdůležitější fakt, že jen skupina deviantů dovede pochopit, dekodovat, analyzovat a rozbít obranné mechanismy devianta. Na cizím, ale podobném osudu prožívání a chování se deviant přirozeně propracuje k náhledu na vlastní problém. Spontánní učení na cizím osudu je mnohem efektivnější než interpretace a vysvětlování v individuální terapii. Skupina deviantů dává solidní emoční podporu a současně velmi přísná morální kritéria. Deviaci správně nechápe jen jako biologickou danost, ale i jako problém mravní, problém svobody, vůle a motivace k identifikaci s příkazem "neškodit druhým" a hledat svůj smysl života v práci a pozitivních mezilidských vztazích.

Skupinová sezení jsou dvojího typu, biografická a tématická. Za v průměru 8 měsíční pobyt pacient absoluuje okolo 100 hodin skupinových sezení a 200 hodin ostatních psychoterapeutických aktivit, denně jsou komunitní sezení a 3 hodiny pracovní terapie. Režim na oddělení je udržován pouze 4 turnusovými sestrami, které slouží po jedné a volenou patientskou samosprávou.

Celková kázeň sexuologických pacientů je ve srovnání s ostatními psychiatrickými pacienty, zejména pak s pacienty ochranných léceb, nesrovnatelně lepší. Z otevřeného oddělení je útěk vzácností, k agresii na sestru na oddělení nikdy nedošlo. Jako kritérium neúspěšnosti ochranné sexuologické léčby jsme stanovili zjištění kriminální recidivy, tedy zahájení trestního stíhání za recidivu sexuálně deviantního chování. Dle našich zkušeností je policejní a společenská kontrola již registrovaných delikventů a deviantů velice přísná, často jsou kontrolováni preventivně při hledání neznámých pachatelů. Při recidivě k jejich dopadení dochází rychle, takže latentní kriminalita opakovaně stíhaných pachatelů trvá velmi krátce. Toto kritérium není kritériem medicínským, opomíjí subjektivní stav a prožívání pacienta, ale vychází z principu a účelu ochranné léčby, tedy z úsilí o zamezení recidivy.

V prvních 7 letech existence tohoto pracoviště jsme postupně a opakovaně uváděli, že recidivovalo okolo 10 % pacientů. V té době bylo diagnostické složení pacientů ustáleně rozloženo na 30 % exhibicionistů, 30 % pedofilů a zbytek sadistů. V posledních letech rapidně ubývá exhibicionistů, převažují agresori, pedofilních pacientů je stále stejně. Nyní můžeme uvést, že za téměř 20 let prošlo tímto pracovištěm 968 pacientů a recidivita při takto dlouhodobém sledování se ustálila na 25 %. Po opakovaných recidivách se 64 pacientů podrobilo chirurgické kastraci. Přes počáteční odpor k tomuto zákroku bylo upuštěno od jeho pojetí jako terapeutického selhání, což potvrzuje i zjištění, že více než polovina pacientů po kastraci tento zákrok hodnotí pozitivně. Jeden pacient byl podroben stereotaktickému zákroku na mozgu a při operaci zemřel. 75 % úspěšnost terapie je nutné hodnotit s přihlédnutím na kvalitní ambulantní péči v rámci sexuologických ambulancí v léčebně v Ústí nad Labem a v Liberci. Zdá se být prokázáno, že na region o milionu obyvatel je vhodné zřídit 20 lůžkové otevřené sexuologické psychoterapeutické oddělení a na jeho práci navázat 3 ambulantní sexuologická pracoviště provádějící dlouhodobou dispenzární péči o tuto kategorii pacientů.

Literatúra

Literatúra je u autora.

Do redakcie došlo 23.11.1994