

Konspekt

Profil pedofílie: Definícia, charakteristiky delikventov, recidíva, výsledky liečby a forenzné otázky

(R.C.W. Hall, R.C.W. Hall: A Profile of Pedophilia: Definiton, Characteristics of Offenders, Recidivism, Treatment Outcomes and Forensic Issues; Focus, The Journal Of Lifelong Learning in Psychiatry, Fall, 7, 2009, č. 4, s. 522-535)

Spracovali S. Abíková, J. Geľanová, J. Marková, UCM Trnava

Súhrn

Pedofília je komplexná, často kompulzívna psychosexuálna porucha s hlbokými dopadmi na zneužitú dieťa, páchatela aj komunitu. Dôležité pre lekárov je porozumieť rôznym typom pedofilov, profilom zneužitých detí a páchatelovej reakcii na liečenie a riziko opakovaných útokov. Kombinácia farmakologickej a behaviorálnej terapie spojená s legálnou supervíziou sa javí ako pomáhajúca pri redukcii rizika opakovaného útoku. Ale intervencie nemenia pedofilovú základnú sexuálnu orientáciu zameranú na deti. Pre lepšiu identifikáciu klinicky signifikantných rozdielov medzi odlišnými typmi pedofilov je potrebný ďalší výskum. Autori dúfajú, že tieto znalosti, budú mať za následok lepšiu liečbu, zlepšia rozvrhnutie liečebných a zákonných zdrojov a zredukujú počet zneužitých detí.

Kľúčové slová: pedofília, zneužívanie, sexualita, psychiatria.

Pedofília je téma, o ktorú je zvýšený záujem zo strany lekárov aj zo strany širokej verejnosti. Zvýšený počet správ v médiách, polícia odhaľujúca nových sexuálnych delikventov, webové stránky poskytujúce zoznam mien a adres od súdených sexuálnych delikventov, politici zastávajúci stanoviská „tvrdej ruky“ v otázke sexuálnych páchatelov a narastajúci počet vyšetrovaní sexuálneho zneužívania detí, prispeli k zvýšenému povedomiu verejnosti v otázke pedofílie. Na základe toho je pre lekárov dôležité pochopiť pedofíliu, jej mieru výskytu, ale aj charakteristiky pedofilov a pohlavne zneužívaných detí. V tomto článku sa autori venujú výskumu, ktorý definuje rôzne typy a kategórie pedofílie, skúma dostupné údaje o sexuálnom obťažovaní detí a pornografiu a stručne hovorí o teóriách, zaoberajúcich sa danými otázkami, analyzuje príčiny toho, čo vplýva na individuálny rozvoj sexuálnej orientácie zameranej na deti. Autori skúmajú, ako sa zisťuje, či je niekto pedofil, rozoberajú liečbu pedofilov a pohlavne zneužívaných detí, skúmajú riziko ďalšieho sexuálneho útoku, ako aj efekt právnych predpisov týkajúcich sa lekárov a pedofilov. Autori hovoria o nedostatku odbornej literatúry o pedofílii.

Záujem o pedofíliu vzrástol kvôli zvyšujúcemu sa počtu zneužívaných detí a s tým súvisiacimi vraždami. Televízna relácia „To Catch a Predator“ vzbudila obavy o zraniteľ-

nosť a ohrozenie detí sexuálnymi delikventami. Na pedofíliu sa obrátila taká pozornosť, že mnohí to označovali za prehnané. Pedofil už nie je dlhšiu dobu považovaný za obscénneho (špinavého) starého muža v baloňáku, ktorý čaká na nič netušiace deti alebo zvrhého kňaza zneužívajúceho miništrantov. „To Catch a Predator“ ukázala pedofíliu ako „priateľa“, suseda, predstaviteľa Snemovne reprezentantov, ktorý bol obvinený z kybersexu či z fyzického obťažovania maloletého.

V dôsledku narastajúceho záujmu o sexuálne zneužívanie detí, mnoho bežných ľudí, ale aj odborníkov a lekárov, sa pokúša definovať pedofíliu, charakterizovať násilníka, určiť frekvenciu a priebeh pedofílie, ako aj spôsoby liečby pre delikventov a zneužitú dieťa.

Čo je pedofília?

Pedofília je klinická diagnóza zvyčajne stanovená psychiatrom alebo psychológom. Nie je to kriminálny alebo právny termín, akým je *násilný sexuálne motivovaný útok*, ktorý je právnym termínom a často sa používa v štatistikách. Definícia násilných sexuálnych útokov **podľa FBI (NIBRS)** zahŕňa každý násilný sexuálny akt smerujúci voči inej osobe a/alebo proti vôli tejto osoby, alebo aj nenásilne – nie proti

vôli tejto osoby, pričom poškodená strana nie je schopná prejavíť súhlas. Podľa diagnostických kritérií **DSM-IV** je pedofilom osoba, ktorá fantaziruje o sexuálnych túžbach k prepubescentovi, sexuálne sa tak vzrušuje alebo k nemu pocítil sexuálne impulzy a túžby po dobu trvajúcu prinajmenšom 6 mesiacov (prepubescent je vo všeobecnosti mladší ako 13 rokov). Pedofili sú buď stresovaní svojimi sexuálnymi túžbami alebo kvôli nim už mali medzilidské problémy. Sexuálne úchylní ľudia iba vo výnimočných prípadoch navštívia psychológa z vlastnej iniciatívy. Pedofil sa väčšinou dostane do pozornosti lekára alebo právnika až po spáchaní činu voči dieťaťu, pretože väčšina z nich nepovažuje svoje sexuálne fantázie za ego-dystónne, dostatočné na to, aby dobrovoľne vyhľadali pomoc.

Pedofil musí mať najmenej 16 rokov a musí byť minimálne o 5 rokov starší ako poškodený na to, aby boli splnené kritériá pre pedofiliu. V prípade, že sa jedná o adolescentných delikventov, ešte pred stanovením diagnózy sa musí zhodnotiť a zobrať do úvahy ich sexuálna a emocionálna zrelosť. Pedofili zvyčajne tvrdia, že ich záujem o deti začal približne v čase puberty alebo adolescence, ale môže sa rozvinúť aj neskôr počas života. Ak je klinická diagnóza pedofílie založená na určitom akte, zvyčajne nie je len výsledkom intoxikácie alebo príčinou iného stavu, ktorý môže ovplyvniť úsudok, tak ako mánia. Niektoré štúdie zistili, že 50–60 % pedofilov trpí látkovou závislosťou alebo inou diagnózou závislosti. Dôležité je, že ich záujem o deti je prítomný aj v intoxikovanom, aj v neintoxikovanom, normálnom stave.

Priebeh pedofílie je zvyčajne dlhotrvajúci. V štúdiu skúmajúcej vzťah medzi vekom a typmi sexuálnych trestných činov Dickey a kol. zistili, že viac ako 44 % pedofilov zo vzorky 168 delikventov, bolo vo vekovom rozmedzí 40–70 rokov. Keď porovnávali násilníkov a sexuálnych sadistov, pedofili tvorili 60 % všetkých starších páchatelov. Toto dokazuje, že pedofili páchajú prečiny v neskoršom veku vo vyššej miere ako ostatní sexuálni delikventi.

Technicky, osoby, ktoré sa zapojili do sexuálnych aktivít s pubescentmi – mladistvými vo veku 13–16 rokov, sa označujú ako **hebofil** (priťahujú ich dievčatá) alebo **efebofil** – priťahujú ich chlapci. Termín hebofilia alebo aj hebefilia sa stal všeobecne používaným termínom opisujúcim sexuálny záujem muža alebo ženy o dospelujúce deti. Rozdiely medzi hebofiliou a pedofiliou sú uvedené v literatúre. Hebofil majú tendenciu viac sa zaujímať a mať recipročné sexuálne vzťahy s deťmi, sú viac oportunistickí pri vykonávaní sexuálnych aktov, lepšie fungujú v spoločnosti a majú lepšie prognózy po skončení liečby ako pedofili. Termín **teleofil** sa používa na označenie dospelých, ktorí preferujú fyzicky vyspelých partnerov. Existuje aj ďalšie triedenie pedofílie známe ako infantofília, ktorá opisuje ľudí zaujímavých sa o deti mladšie ako 5 rokov. Tento rozdiel je dôležitý pre pochopenie aktuálneho výskumu parafílie, výberových kritérií pre štúdiu sexuálneho správania a testov, ktoré merajú sexuálny záujem (napr. pletyzmografia).

Pedofili môžu s deťmi realizovať širokú škálu sexuálnych praktík. Tieto aktivity sú v rozmedzí od odhaľovania sa pred deťmi (exhibicionizmus), vyzliekanie detí, pozeranie sa na

nahé deti (voyerizmus) alebo masturbovanie v prítomnosti detí, až po intruzívnejší fyzický kontakt, ako je trenie svojich pohlavných orgánov pred dieťaťom (froterizmus), hladenie dieťaťa, praktizovanie orálneho sexu, penetrácia anusu a/alebo vagíny. **Pedofili obvykle nepoužívajú silu a násilie, aby prinútili deti k týmto aktivitám, namiesto toho využívajú rozličné formy psychickej manipulácie a desenzibilizácie** (postup od neškodných dotykov k dotykom nevhodným, premietanie pornografie). Pedofili často ospravedľujú a minimalizujú svoje konanie tvrdeniami, že ich čin „mal vzdelávaciu hodnotu“, že potešenie dieťaťa pochádzalo z činov alebo pozornosti, alebo že dieťa bolo provokatívne a nejakým spôsobom podnecovalo a nabádalo k aktu. Príručka amerického ministerstva spravodlivosti rozlišuje 5 všeobecných vzorcov psychologickú obranu u pedofilov:

1. popretie (napr. „Je zlé objasniť dieťa?“),
2. minimalizácia („Stalo sa to iba raz.“),
3. ospravedlnenie, obrana („Som milovník chlapcov, nie pedofil.“),
4. výmysel (činnosti, ktoré boli skúmané na odborné projekty),
5. útok (útoky na deti, štátnych zástupcov alebo políciu, rovnako ako eventuálne fyzické násilie).

U 50 až 70 % pedofilov môže byť diagnostikovaná aj iná parafília ako forterizmus, exhibicionizmus, voyerizmus alebo sadizmus. Pedofili približne 2,5-krát častejšie vyhľadávajú fyzický kontakt s dieťaťom ako len pri voyerských alebo exhibicionistických aktivitách. Pováčšine pedofili uprednostňujú maznanie sa a manipuláciu s genitáliami pred pohlavným stykom s deťmi, k výnimkám dochádza pri inceste, pri pedofíloch preferujúcich staršie deti a dospelujúci a keď sú deti fyzicky prinútené.

Sexuálne obťažovanie detí nie je lekárska diagnóza a nie je nevyhnutne synonymom pre pedofiliu. Ten, kto obťažuje, je voľne definovaný ako osoba, ktorá sa dotýka dieťaťa, aby získala sexuálne potešenie so špecifikom, že páchatel je najmenej o 4–5 rokov starší ako dieťa. Vekové vymedzenie je pridané na vylúčenie vývinovo normálnych sexuálnych hier v detstve (dve 8-ročné deti sa hrajú na doktora). Podľa tejto definície by bol 13-ročný dotýkajúci sa 8-ročného považovaný za toho, kto obťažuje, no nespĺňal by kritéria pre pedofila. Údaje NIBRS uvádzajú, že 40 % sexuálnych útokov voči deťom mladších ako 12 rokov spáchajú mladiství, najčastejší vek páchatelov je 14 rokov. Údaje zo štúdie, ktorú vypracoval Abel a Harlow, ukazujú, že 40 % tých, ktorí obťažujú a neskôr im bola diagnostikovaná pedofília, obťažovali deti v čase, keď mali 15 rokov. Odhaduje sa, že 88 % obťažujúcich teraz alebo v budúcnosti splní kritériá pre pedofiliu, pričom 95 % obťažovaní (jedna osoba, viac sexuálnych prečinov) je spáchaných týmito osobami. Pedofili spáchajú v priemere 10-krát viac sexuálnych zločinov voči deťom ako zneužívatelia bez pedofilných sklonov.

Všeobecne povedané, väčšina ľudí, ktorí sa dopúšťajú pedofílie alebo parafílie, sú muži. Kedysi sa verilo, že ženy

Tabuľka 1. Navrhované triedy a skupiny sexuálnych páchateliek.

Skupina	Opis
Experimentátorky	Obyčajne mladé dospelé ženy (skorých 20 rokov), ktoré obťažujú zo zvedavosti (klasickým príkladom je babysitter).
Sprevádzaná mužom	Dobrovoľná účastníčka, nenútená mužským partnerom, aby sa zapojila do obťažovania detí.
Nútená mužom	Zvyčajne pasívne ženy prinútené násilníckym mužom, často zneužíva vlastné dieťa.
Pestúňky a opatrovatelky	Dospelá žena, ktorá má opatrojúce povinnosti za deti (kŕmenie, obliekanie, stráženie detí, denná starostlivosť) a zneužíva deti pri plnení týchto povinností.
Psychicky narušené	Páchatelka s určitou formou psychózy, v súčasnosti zriedkakedy brané do úvahy.
Učiteľky alebo milenky	Dospelá žena zvyčajne v pozícii autority, ktorá vidí sex ako konsenzuálny vzťah a nie ako zneužívanie dieťaťa.
Tradičné páchatelky	Jedinci obťažujúci deti za účelom dosiahnutia sexuálneho uspokojenia. Riadia sa rovnakými vzorcami ako mužskí delikventi.

nemôžu byť pedofilkami kvôli nedostatku dlhodobej sexuálnej túžby – okrem prípadov, keď trpeli primárnymi psychotickými poruchami. Keď boli ženy skúmané pre sexuálne nevhodné správanie, ich správanie bolo klasifikované ako „sexuálne zneužívanie“ alebo „sexuálne obťažovanie“, ale nie pedofília. Z federálnych údajov o sexuálnych trestných činoch boli ženy označované ako „obťažovateľky“ v 6 % všetkých prípadov týkajúcich sa mladistvých. Štúdia Abela a Harlowa, v ktorej skúmali 4007 „obťažovateľov detí“, ukázala, že 1 % boli ženy. Autori sa domnievali, že toto číslo bolo nižšie kvôli systematickému udávaniu nižšieho počtu obťažujúcich žien, ako bol ich skutočný počet. Jedným z dôvodov prečo sú pedofilné činy spáchané ženami nepresne udávané je, že mnohé činnosti neboli rozpoznané, pretože sa objavili v priebehu zvyčajnej starostlivosti alebo pri opatrovateľských aktivitách akými sú kúpanie a obliekanie detí. Inou príčinou je, že druhí ľudia nepovažujú za zneužívanie, ak sa dospelé ženy zapájajú do sexuálnych aktov s adolescentmi. Zákon to ale vidí inak.

Ženy s pedofilnými sklonmi bývajú mladé (22–33-ročné), majú neprimerané copingové stratégie, môžu spĺňať kritériá pre prítomnosť psychickej poruchy, najmä depresie alebo látkových závislostí a často spĺňajú aj kritériá pre poruchy osobnosti ako antisociálna, hraničná, narcistická, závislá (tab. 1). V prípadoch, kde sú ženy označované ako aktérky nevhodného sexuálneho správania sa voči deťom, existuje väčšia šanca, že sa do nich zapojí aj pedofilný muž. Ak je zúčastnený mužský spolupáchatel, býva prítomný aj viac ako jedno dieťa. Sexuálne obťažované deti sú oboch pohlaví a s veľkou pravdepodobnosťou sú deti s útočníkom v pri-

buzenskom vzťahu. V týchto prípadoch je pravdepodobné, že páchatelky spáchajú sexuálny aj nesexuálny trestný čin. Zvyšok tohto článku sa venuje pedofilom (mužom), pretože väčšina výskumov je založená na skúmaní mužských páchatelov.

Kategórie pedofílie

Pedofili sa delia do niekoľkých kategórií. Jeden z prvých rozdielov podmieňujúci zaradovanie pedofilov je zisťovanie, či ich výhradne priťahujú iba deti (vyhranení pedofili) alebo rovnako deti ako aj dospelí (nevyhranená skupina). V štúdiu Abela a Harlowa pozostávajúcej z 2429 dospelých pedofilov mužského pohlavia sa iba 7 % označilo za pedofilov, ktorých výlučne priťahujú deti. Toto potvrdzuje všeobecný názor, že väčšina pedofilov spadá do nevyhranenej skupiny.

Pedofili sú zvyčajne zaujatí určitým vekovým rozpätím a/alebo pohlavím dieťaťa. Výskum kategorizuje mužov pedofilov podľa toho, či ich priťahujú iba chlapci (homosexuálna pedofília), iba dievčatá (heterosexuálna pedofília) alebo deti oboch pohlaví (bisexuálna pedofília). Percento homosexuálnych pedofilov sa pohybuje v rozmedzí 9–40 %, čo je približne 4–20-krát viac ako počet dospelých mužov, ktorých priťahujú iní dospelí muži (miera prevalencie homosexuality u dospelých mužov je 2–4 %). Toto zistenie neznamená, že homosexuáli s najväčšou pravdepodobnosťou obťažujú deti, iba že vyššie percento pedofilov je homosexuálne alebo bisexuálne orientovaných na deti. Jedinci zaujímaví sa o dievčatá obvyčajne preferujú deti vo veku 8–10 rokov. Jedinci, ktorých zaujímajú chlapci, zvyčajne preferujú star-

ších chlapcov vo veku 10–13 rokov. Sebauposudzovacie výskumy heterosexuálnych pedofilov v priemere uvádzajú 5,2 zneužitých detí a spáchanie 34 sexuálnych činov oproti 10,7 zneužitým deťom a spáchanie 52 činov u homosexuálnych pedofilov. Bisexuálni páchatelia zneužili v priemere 27,3 detí a spáchali viac ako 120 sexuálnych trestných činov. Štúdia Abela a kol. pozostávajúca z 377 neväznených pedofilov bez incestných vzťahov, s vyriešenou právnou situáciou, ktorí boli vyšetrení sebauposudzovacím dotazníkom, zistila, že heterosexuálni pedofili v priemere udávali zneužitie 19,8 detí a spáchanie 23,2 činov, zatiaľ čo homosexuálni pedofili zneužili 150,2 detí a spáchali 281,7 sexuálnych prečinov. Tieto štúdie potvrdzujú sériový charakter trestných činov, vysoký počet detí zneužitých pedofilom, nižšie počty pedofilov, ako je ich skutočný počet.

Ďalším spoločným špecifikom pri pedofilii je, či sú zneužívané deti viazané na rodinných príslušníkov. Federálne dáta odhaľujú, že 27 % zo všetkých sexuálnych delikventov zaútočilo na rodinných príslušníkov. 50 % útokov spáchaných na deťoch mladších ako 6 rokov zapríčinili členovia rodiny. 42 % útokov bolo spáchaných na deťoch vo veku 6–11 rokov a 24 % voči deťom vo vekovom rozmedzí 12–17 rokov. Abel a Harlow vo svojej štúdii zistili, že 68 % „zneužívateľov detí“ obťažuje rodinného príslušníka, 30 % obťažuje nevlastné dieťa, dieťa zverené do opatrovníctva alebo adoptované dieťa, 19 % zneužilo jedno alebo viac zo svojich biologických detí, 18 % obťažovalo synovca alebo neter a 5 % sexuálne zneužilo vnúča. Abela a kol. vo svojej štúdii anonymných neväznených útočníkov zistili, že heterosexuálni incestní pedofili zneužili 1,8 detí a spáchali 81,3 sexuálnych deliktov, zatiaľ čo homosexuálni incestní pedofili zneužili 1,7 dieťaťa a spáchali 62,3 sexuálnych priestupkov.

Pedofili sa takisto klasifikujú na základe toho, či na zapojenie detí do sexuálnych aktivít používajú detskú pornografiu a/alebo počítač. Jedinci zaoberajúci sa pedofiiliou prostredníctvom počítača sa zvyčajne delia do 5 kategórií:

1. stalkers („stopári“) – snažia sa získať telesný kontakt s dieťaťom,
2. cruisers („výletníci“) – používajú internet pre priame recipročné sexuálne uspokojenie bez fyzického kontaktu (napr. chat),
3. masturbators („onanisti“) – využívajú internet pre väčšie pasívne uspokojenie (pozeranie detskej pornografie),
4. networkers a swappers – komunikujú s inými pedofilmi a vymieňajú si informácie, obchodujú s pornografiou a deťmi,
5. kombinácia predchádzajúcich 4 typov.

Deirmenjian ďalej rozdeľuje kategóriu stalkerov na: prístup založený na dôvere a na priamy prístup, v ktorom sú sexuálne témy diskutované od začiatku komunikácie. Existujú obavy, že anonymita na internete má za následok, že ľudia sú viac odbrzdení, preto sú ochotní zapojiť sa do sexuálnych činov, ktoré by ich inak ani nenapadli. Štúdie a kauzistiky udávajú, že 30–80 % jedincov, ktorí pozerali detskú pornografiu a 76 % jedincov, ktorí boli zatknutí pre detskú

pornografiu na internete, zneužili dieťa. Je ťažké zistiť koľko ľudí postúpilo od počítačovej pedofílie k fyzickým sexuálnym aktom zameraným voči deťom a koľkí by prešli k fyzickým aktom bez zapojenia počítačov.

Údaje NIBRS ešte z roku 2000 ukazujú, že väčšina trestných činov týkajúcich sa detskej pornografie nie sú spojené s počítačom alebo internetom, ale majú súvis s fotografiami, časopismi a videami. Nedávne štúdie zaznamenali pokles prípadov internetovej detskej pornografie kvôli tlaku internetových skupín „strážnych psov“ (watchdog) a zvýšenej politickej prítomnosti na internete.

Prevalencia pedofílie a sexuálneho zneužívania zahŕňajúca deti a adolescentov

Je ťažké odhadnúť skutočnú prevalenciu pedofílie, pretože iba zopár pedofilov dobrovoľne vyhľadalo pomoc, liečbu a väčšina dostupných dát je získaná od obvinených jedincov. Je nezistiteľné, koľko jedincov má pedofilné predstavy a nikdy sa podľa nich nesprávali, alebo sa správali, no neboli prichytení. Podľa odhadov je ohlásený alebo preukázaný 1 z 20 prípadov sexuálneho zneužívania detí. Dve kanadské štúdie, v ktorých náhodne vybrali 750 žien a 750 mužov vo vekovom rozmedzí 18 až 27 rokov, zistili, že 32 % žien a 15,6 % mužov mali skúsenosť s „nechceným sexuálnym kontaktom“ pred dovŕšením svojich 17. Tieto čísla sú podobné štúdii vypracovanej v USA, ktorá udáva, že 17–31 % žien a 7–16 % mužov zažilo nechcený sexuálny kontakt pred dovŕšením 18 rokov.

Vo všeobecnosti väčšina jednorazových útokov oznámených ženami bola spáchaná inými adolescentmi rovnakého veku. Výrazná kooperácia sa našla medzi viacnásobným obťažovaním dievčaťa alebo chlapca a vznikom eventuálne nechcených penetrácií (či už vaginálnych alebo análnych).

Profil ohlásených sexuálne zneužívaných detí

Federálne štatistiky zo všetkých ohlásených sexuálnych napadnutí ukázali, že 34 % sexuálne zneužívaných detí bolo mladších ako 12 rokov a 33 % bolo medzi vekom 12–17 (67 % sa vyskytlo v detskom veku a v adolescencii). Bola nájdená bimodálna veková distribúcia pre vek zneužitého dieťaťa pri všetkých sexuálnych útokoch, s vrcholom vyskytujúcim sa v 5 a v 14 roku. V každej kategórii sexuálnych útokov mladiství predstavujú väčšinu zneužitých detí, s výnimkou znásilnenia (napr. forcible fondling – násilné mazlenie 84 %, násilná sodomia 79 %, sexuálne napadnutie objektom 75 % a nútené znásilnenie 46 %). Vo všetkých prípadoch okrem znásilnenia boli viac ako polovica zneužitých mladší ako 12 rokov. Ženy boli najčastejšie zneužívané, percento týraných žien rastie s vekom. Mladiství chlapci, ktorí boli sexuálne napadnutí, pokrývali väčšie percento z celkového čísla týraných detí v porovnaní s dospelými mužmi (18 %, vs 4 %). Mladistvé dievčatá predstavovali väčšie percento v každej z meraných kategórií okrem násilnej sodomie, v ktorej 59 % z mladých napadnutých boli muži. Devätnásť percent zo sexuálnych útokov na mladistvých zahŕňovalo 2 alebo viac detí, mladšie deti sú skôr zahrnuté v skupinovom útoku ako

Tabuľka 2. Sexuálne útoky na deti podľa údajov súdneho orgánu (NIBRS Data 1991–1996).

Typ útoku	Vek	< 6	6–11	12–17	> 17
Percentuálny podiel všetkých NIBRS udávaných sexuálnych útokov		14	20	33	33
Ženami spáchané útoky		12	6	3	1
Mladistvými spáchané útoky		40	39	27	4
Použitá zbraň		zriedkavé	zriedkavé	1	5
Útok v bydlisku		87	83	69	56
Početné zneužitie detí súčasne (skupina)		21	28	13	4
Zneužitie členom rodiny		49	42	24	12
Zneužitie známym človekom		48	53	66	61
Zneužitie cudzím človekom		3	5	10	27
Uväznenie		19	33	32	22

staršie deti. V prípade, že bolo napadnuté viac ako 1 dieťa, deti boli v rovnakom veku.

Doba kritickej zraniteľnosti

Čas ohlásených sexuálnych útokov ukazuje odlišné vzorce závislé od veku dieťaťa. Deti mladšie ako 12 rokov boli s väčšou pravdepodobnosťou napadnuté o 15:00 h poobede a okolo času na jedenie/jedlo (o 8:00 h ráno, poobede a večer okolo 18.00 h). Útoky na 12–17-ročných si udržiavajú vzorec okolo času na jedlo a po škole, aj keď sa začína častejšie objavovať vzorec doby útoku ako u dospelých, a to útokmi vyskytujúcimi sa medzi 20 h hodinou večer a 2 h ráno.

Zatknutia

NIBRS dáta ukazujú, že zatknutie bolo len v prípade 29 % z ohlásených sexuálnych útokov na mladistvých. Faktory vedúce k uväzneniu uvedené v poradí od najväčšej pravdepodobnosti zatknutia, boli prítomnosť viac ako jedného dieťaťa, 1 delikvent, 1 mladistvé dieťa, dieťa ženského pohlavia. Doplňkové faktory, ktoré významne determinujú, či bude

uväznenie vykonané, sú: či útočník poznal dieťa, či sa priestupok konal v bydlisku a takmer paradoxne, či bolo dieťa fyzicky zranené počas útoku.

Dosiahnutie prístupu k deťom

Pri neparentálnom inceste a nenásilnom výskyte pedofílie deti poznajú útočníka (napr. sused, príbuzní, rodinní priatelia, alebo miestne autority) v odhade od 60 do 70 % prípadov. Pedofili sa často zámerne skúšajú dostať do pozície, kedy môžu stretnúť dieťa a využiť príležitosť pôsobiť na dieťa v nestráženej chvíli, v pozícii opatrovateľa, dobrovoľníka, pracovníka v centrách voľného času alebo športového trénera. Pedofili zvyčajne získajú prístup k deťom cez presvedčovanie, priateľstvo a správanie na získanie dôvery dieťaťa a rodiča. Jedinci v Kanadskej štúdií Bagleya a kol., ktorí zažili dlhodobé zneužívanie, udávajú začiatok zneužívania v mladšom veku (8,2 rokov v priemere v porovnaní s 11,5 rokov pre jednorazové zneužitie) a s väčšou pravdepodobnosťou boli zneužití jedným z rodičov, alebo nevlastným rodičom, alebo susedom. Ženy a mladšie deti sú často obťažované vo vlastnom dome alebo v bydlisku útočníka, zatiaľ čo muži a staršie deti sú najčastejšie mimo domova na miestach ako cesta, na poliach, v lesoch, v škole, moteloch alebo hoteloch. V prípade násilného napadnutia približne 70 % prípadov detí nepoznajú pedofila.

Pedofili sa pri hľadaní potencionálnej obeť môžu zamerať na určitý druh rodiny. Bargleyho a kol. štúdiá popisuje, že rodičia detí, ktoré boli zneužitá pedofilmi, majú rozpoznatelné charakteristiky, a to nižšiu úroveň vzdelania a vyššiu mieru absencie doma. Matky zneužitých detí mali nižšie vzdelanie ako kontrolná skupina matiek a boli s väčšou pravdepodobnosťou slobodné matky. V skupine zneužívaných bol významný počet otcov, ktorí absentovali najmenej 3 roky predtým, čo dieťa prekročilo 16 rokov. Otcovia zneužitých detí mali tendenciu byť na nižšej socioekonomickej a vzdelanostnej úrovni ako kontrolná skupina. Barleyho nález však nebol štatisticky významný z dôvodu chýbania významného množstva dát týkajúcich sa absentujúcich otcov. Podobné nálezy sa vyskytujú v štúdií Conteho a spol. (n=20), v ktorej sa pýtali pedofilov na spôsob, akým si vybrali deti, ktoré zneužili. Pedofili uvádzajú, že si volili zraniteľných jednotlivcov (deti žijúce v rozvedených rodinách, citovo depriované deti alebo nešťastné deti) a/alebo deti, ktoré boli prístupné, dieťa však nemuselo vyhovovať pedofilovmu obvyklému vzoru atrakcie.

Neoznámenie zneužitia

Zneužitie pedofilom je často neohlásené pre rôzne druhy dôvodov v rozsahu od strachu (napríklad strachu, že im neuveria, že môže utpieť telesnú ujmu, ak to dieťa ohlásí) emocionálnych dôvodov (potreba dieťaťa identifikovať sa s pedofilom) až po vinu (deti sa cítia zodpovedné za to, čo sa stalo). V Bargleyho a spol. štúdií bola najvšeobecnejšia odpoveď na otázku, prečo obťažované subjekty neohlásili zneužitie, že mohli zneužitie kontrolovať, druhou najvšeobecnejšou odpoveďou bolo, že sa obávali ako budú iní ľudia reagovať (40 %).

Najčastejšia odpoveď pre viacnásobne zneužívané deti bola, že cítia čiastočnú zodpovednosť (57,7 %) alebo, že nechceli osobu žalovať pre istý stupeň pripútania (44,2 %). Je to až zarážajúce, že webová stránka severoamerickej asociácie „Mužsko/chlapčenská láska“ využíva výskum s podobnými závermi (napr. neobťažuje ma to, alebo páčil sa mi tento zážitok) na zdôvodnenie postoja, prečo by mal byť legálny bezpečný sexuálny vzťah medzi dospelými mužmi a chlapcami.

Charakterové rysy pedofilov

Je náročné prezentovať osobnostné vzorce pedofila z dôvodu existencie viacerých podskupín. Niektorí jednotlivci, ktorí „trpia“ pedofiiliou, sú schopní sa prezentovať v priebehu skúmania alebo len pri povrchných stretnutiach ako psychicky normálni, napriek tomu však trpia rôznymi poruchami osobnosti. Štúdie ukazujú, že ľudia s pedofiiliou všeobecne zažívajú pocity menejcennosti, izolácie, osamelosti, nízkej sebaúcty, vnútornej dysfórie a emocionálnej nezrelosti. Majú ťažkosti so zrelými, veku primeranými medziľudskými interakciami, hlavne kvôli ich zníženej asertivitě, zvýšenej úrovni pasívnej agresivity a vyššiemu hnevu alebo hostilitě. Tieto rysy vedú k ťažkostiam v zaoberaní sa bolestivým afektom, čo vedie k neúmernému používaniu hlavného obranného mechanizmu intelektualizácie, popretia, kognitívneho skreslenia (napr. manipulácie faktov) a racionalizácie. Hoci majú pedofili často problémy s interpersonálnymi vzťahmi, 50 % alebo viac z nich bolo ženatých.

Pre ľudí s diagnostikovanou pedofiiliou je bežná aj skúsenosť s iným závažným psychiatrickým ochorením (afektívnu poruchou 60–90 %, úzkostnou poruchou v 50–60 %) a/alebo niekedy v priebehu života mali diagnostikovanú poruchu osobnosti (70–80 %).

Odhadovaných 43 % pedofilov má poruchu osobnosti cluster C, 33 % má poruchu osobnosti cluster B a 18 % má poruchu osobnosti cluster A. Štúdia Curnoeho a Langevina používajúca Minnesotský multifaktoriálny osobnostný dotazník na pedofiloch a iných deviantoch (N= 186) ukazuje signifikatne zvýšené skóre na psychopatico deviantnej škále, maskulínno-feminínnej škále, paranoidnej škále a schizofrénej škále. Tieto výsledky potvrdzujú, že pedofili sú viac sociálne odcudzení, s menšou emocionálnou stabilitou ako väčšina iných ľudí, čo sú črty bežné u pacientov s poruchami osobnosti cluster A a B. U mnohých pedofilov sa tiež prejavujú narcistické, sociopatické a antisociálne osobnostné črty. Nemajú výčitky svedomia a schopnosť pochopiť škodu, ktorú spôsobuje ich konanie.

Často sa diskutuje o impulzivite ako personálnom faktore u pedofilov. Pedofili často udávajú problémy s kontrolovaním vlastného správania, avšak spontánne znásilniť dieťa je pre nich zriedkavé. Fakt, že 70–85 % útokov na deti je premyslených, hovorí proti nedostatku páchatelovej kontroly. Cohen a spol. porovnávali 20 heterosexuálnych pedofilov s kontrolnou skupinou a zistili, že pedofili preukazujú podľa inventáru temperamentu a charakteru (Temperament and Character Inventory) zvýšené skóre vo vyhnutí sa ub-

líženiu, bez nadmerného vyhľadávania neznámeho. Cohen a spol. potvrdzujú, že namiesto projekcie pedofila ako výsledku impulzívno-agresívnych črt (napr. neplánovanie s neuvážovaním o dôsledkoch) by sme ho mohli vidieť ako výsledok kompulzívno-agresívnych črt (plánovane s úmyslom uvoľnenia vnútorného tlaku alebo pudov).

Čo zapríčiňuje vznik pedofílie

Veľký počet výskumov zisťoval, čo subjekt vedie k tomu, že ho priťahujú deti. V prípade pedofílie, predovšetkým exkluzívneho typu, možno rozmýšľať o vlastnej kategórii sexuálnej orientácie, nie len o nejakom navrstvení na existujúcu heterosexuálnu a homosexuálnu identitu. Táto teória viedla k otázkam: Volia si ľudia to, či budú pedofilmi, alebo sa takými rodia? Ak sa takým narodili, môže im nejaký druh liečenia zmeniť sexuálnu orientáciu z deti na dospelých? Tieto otázky pretrvávajú v akademických diskusiách. Uvedieme ukážky niektorých navrhnutých a skúmaných teórií.

Neuropsychiatrické odlišnosti

Vo výskume, kde sa hľadali rozdiely medzi pedofilmi a bežnou populáciou, väzňami a inými sexuálnymi útočníkmi, sa zistili odlišnosti zahrňujúce nízku inteligenciu (oblasť sporu), mierny nárast v skupine ľavákov, zníženie kognitívnych schopností, neuroendokrinné odlišnosti a mozgové abnormality, hlavne frontokortikálne. U pedofilov bola zaznamenaná vysoká komorbidity s poruchou kontroly impulzov (napr. kleptománia, pyrománia, patologický gambling) (30–50 %). Tieto faktory naznačujú, že pedofili môžu mať neurovývinovú poruchu.

Štúdia Schiffera a kol. využívajúca morfometrickú magnetickú rezonanciu ako zobrazujúcu techniku u 18 osôb trpiacich pedofiiliou z väzenia s maximálnou ochranou (9 homosexuálnych a 9 heterosexuálnych pedofilov) verzus 24 jednotlivcov kontrolnej skupiny (12 heterosexuálnych a 12 homosexuálnych mužov) ukázala zníženie objemu sivej hmoty bilaterálne vo ventrálnom striáte, insule, orbitofrontálnom kortexe a mozočku pedofilov. Tieto zistenia sú podobné s inými štúdiami používajúcimi zobrazujúce metódy, ktoré našli unilaterálne a bilaterálne zmeny vo frontálnom laloku, temporálnom laloku a v mozočku u pedofilov.

Schiffer a spol. naznačili, že tieto zmeny môžu znamenať existenciu narušených neuropsychologických atribútov. Rovnaké zmeny boli pozorované aj u pacientov s impulzívnou poruchou osobnosti, závislosťou, obsedantno-kompulzívnou poruchou a antisociálnou poruchou osobnosti.

Zistenia ohľadom temporálneho laloku si zasluhujú špeciálnu pozornosť. Je dlho známe, že niektoré somatické nálezy, ako epilepsia temporálneho laloku a Kluver-Bucy syndróm (bilaterálne lézie v temporálnom laloku) môžu viesť k hypersexuálnemu alebo hyposexuálnemu správaniu. Rôzne štúdie naznačujú, že temporálny lalok je spojený s erotickým uprednostňovaním a hranicou vzrušivosti. Mnohé štúdie založené na počítačovej tomografii demonštrovali abnormality temporálneho laloku u pedofilov oproti kontrolnej skupine. Pozitronová emisná tomografia v štúdií Cohena a spol. našla

zníženie glukózového metabolizmu v pravej spodnej temporálnej kôre ($P=04$) a superiornom ventrálom frontálnom gyre ($P=03$) u 7 heterosexuálnych, nevýhradných, neincestných pedofilov oproti kontrolnej skupine.

Ďalšie potencionálne vysvetlenie pre neurorádiologické nálezy okrem poruchy v skorom vývine mozgu je, že tieto nálezy sú skôr ukazovateľmi pre komorbidné psychiatrické poruchy ako pedofiliu samotnú. Ako už bolo spomenuté, tieto zmeny sa všeobecne objavujú s inými ťažkosťami, ako niektoré poruchy osobnosti, ktoré sa tiež nachádzajú u veľkého množstva pedofilov. Posttraumatická stresová porucha je predovšetkým známa tým, že zapríčiňuje zmeny vo funkčnom neuroimaging v oblastiach podobných tým, ktoré boli nájdené u pedofilov (prefrontálna kôra, orbitofrontálna kôra a insula). To vyvoláva otázku, či niektoré zmeny zaregistrované u pedofilov súvisia s vývinovými problémami mozgu a dozretím, alebo predstavujú zmeny mozgu, ktoré sú výsledkom životných skúseností, ako fyzická závislosť a viktimizácia sexuálnym zneužívaním v detstve.

Rovnako boli vykonané aj výskumy neurochemických odlišností u pedofilov oproti kontrolnej skupine. Osobitná oblasť záujmu je funkcia a metabolizmus sérotonínu. O sérotoníne je dlho známe, že má úlohu v impulzívnych poruchách takých ako OCD a predpokladá sa, že má význam pri parafilii. Štúdia Maesna a kol. ukazuje, že pedofili ($N=9$) mali odlišné hormonálne odpovede (napr. vyššiu hodnotu kortizolu a zmenu v úrovni prolaktínu) na metachlorofenylpiperazín, ktorý je agonista sérotonínu, v porovnaní s kontrolnou skupinou ($N=11$). Pedofili mali taktiež väčšiu frekvenciu fyzických symptómov (napr. závraty, nepokoj, zmenu v chuti do jedla, nedostatok zmeny v telesnej teplote), keď boli vystavení metachlorofenylpiperazínu v porovnaní s kontrolnou skupinou. Maes a spol. interpretovali tieto výsledky ako poukazujúce na poruchu sérotonínu u pedofilov, pravdepodobne zapríčinenú znížením aktivity presynaptických sérotonínových neurónov a hypersenzitivitou sérotonínových 2 postsynaptických receptorov.

Štúdia Blancharda a kol. hodnotila inteligenciu 679 pedofilných subjektov a zistili, že priemerný inteligenčný rating bisexuálnych a homosexuálnych pedofilov bol signifikatne nižší ako heterosexuálnych útočníkov (oboch pedofilov aj teľofilov). Hlavný faktor pre tieto rozdiely v intelektuálnom fungovaní bolo väčšie percento subjektov s hraničnou a úplnou kognitívnou poruchou v bisexuálnej a homosexuálnej populácii. Beierovova štúdia referovala opačný výsledok, že viac heterosexuálnych útočníkov malo kognitívne zhoršenie, než homosexuálni útočníci. Štúdia Blancharda a kolektívu tiež ukázala, že čím nižšia inteligencia útočníka, tým nižší vek zneužitého dieťaťa.

Ďalšia štúdia Blancharda a spol., kedy skúmal 1206 jednotlivcov, hodnotila zažitú traumu ako predispozíciu k rizikómu faktoru pre diagnostikovanie pedofílie. Táto štúdia našla zvýšenú mieru pedofílie, nižšiu úroveň vzdelania a nižšiu úroveň inteligencie u jednotlivcov, ktorí utrpeli poranenie hlavy so stratou vedomia pred dosiahnutím 6 roku života. Blanchard a spol. interpretovali tieto výsledky ako potvrdenie hypotéz, že odlišnosti vo vývine mozgu a zrane-

nia môžu mať za následok, že sa jedinec sexuálne orientoval na dieťa. Druhý poznatok zo štúdie bol, že pedofilní jednotlivci mali s najväčšou pravdepodobnosťou matky, ktoré zažili psychiatrickú liečbu na rozdiel od kontrolnej skupiny. Autori postulujú, že tieto výsledky môžu indikovať genetickú väzbu alebo predispozíciu k pedofílii, ale nemali by sa vylúčiť enviromentálne faktory.

Enviromentálne alebo sociálne faktory

Enviromentálne faktory môžu spôsobiť, že sa jedinec stane náchylným k tomu, aby sa stal pedofilom. Pedofili často uvádzajú stres z prostredia ako faktor, ktorý zvyšuje ich pudy alebo túžbu útočiť voči deťom.

Jeden s najjasnejších príkladov enviromentálnych faktorov, ktorý zvyšuje šancu jednotlivca stať sa útočníkom je, ak on alebo ona boli zneužívaní v detstve. Tento vzťah je známy ako „cyklus obeť-útočník“, alebo „fenomén zneužívaný-zneužívateľ“. Frekvencia vzniku tohto fenoménu sa líši na základe kritérií výberu. Číslo udávané pre pedofilov, ktorí boli zneužívaní ako deti, sa pohybuje od 28 do 93 % oproti približne 15 % pre náhodnú kontrolnú skupinu. V štúdiách preverujúcich ženy, ktoré spáchali sexuálne zločiny voči dieťaťu, sa uvádza že 47 % z celkového počtu zažilo sexuálny útok počas detstva. U jedincov praktikujujúcich homosexuálnu pedofiliu, bola väčšia pravdepodobnosť, že boli zneužití, ako jedinci praktikujujúci heterosexuálnu pedofiliu. Niektoré štúdie tiež ukázali, že pedofili a hebofilí, ktorí boli zneužití, majú tendenciu preferovať vek detí podobný veku, kedy boli oni zneužití.

Veľa teórií uvažovalo nad tým, prečo sa objavuje „fenomén zneužitých zneužívateľov“: identifikácia s agresorom, v ktorej sa zneužitie dieťa pokúša získať novú identitu tak, že sa stane tým, ktorý zneužíva; vpečatené vzorce sexuálneho vzrušenia, majúce základ v zneužívaní v detstve; zneužitie v detstve vedúce k hypersexuálnemu správaniu; alebo sa na tom zúčastňuje štýl sociálneho učenia. Pozoruhodné je, že napriek tomu že je väčšia pravdepodobnosť zneužívania druhých u jedincov, ktorí boli zneužití, väčšina jedincov, ktorí boli zneužití, nepokračujú v cykle. Existuje oprávnená obava týkajúca sa validity mnohých autoanamnéz pedofilov, ktorí tvrdia, že boli v detstve zneužití. Tieto výroky sú často vznesené v podmienkach súdnej alebo skupinovej terapie, v ktorej sa môžu pedofili pokúšať zmierniť svoj trest alebo získať prejavy sympatie za ich správanie.

Čo sa minulosti týka, pedofili často v škole opakujú ročník (približne 61 %) alebo vyžadujú triedy so špeciálnym vzdelaním. Štúdijné problémy sa objavujú u oboch skupín, pedofilov aj hebofilov, dvojnásobne viac v pomere k páchatelom sexuálnych útokov voči dospelým. Niektoré štúdie tiež ukázali, že pedofili majú nižší stupeň vzdelania a zamestnanosti ako bežná populácia, ale to môže byť výsledok výberu vzoriek z väzenského prostredia. Štúdie Abela a kol., Gacona a kol. a Hupricha a kol. zistili, že nenásilní pedofili boli čo sa vzdelania týka podobne alebo lepšie vzdelaní ako vzorka sociopatov, sexuálnych vrahov a kontrolná vzorka, ale tieto štúdie nezahŕňali kognitívne postihnutých jedincov.

Štúdiá Blancharda a kol., v ktorej porovnal 260 pedofilov a 260 ľudí zodpovedajúcej vzorky, našla koreláciu medzi poradím narodenia súrodencov (mali viac starších súrodencov mužského pohlavia) a pedofilmi, ktorí majú homosexuálnu orientáciu. Existujú podobné zistenia spájajúce poradie narodenia a homosexuality u dospelých jedincov. Ďalšie štúdie ukázali korelácie pre pokročilý vek matiek a pedofiliu, čo môže ukazovať aj poradie narodenia. Nie je isté, či tieto korelácie sú spôsobené sociálnymi alebo biologickými faktormi. Jedna teória vysvetľujúca ako poradie narodenia chlapcov môže ovplyvniť sexuálnu orientáciu, je prítomnosť materských protilátok u žien, čo ovplyvňuje vývoj neuronálnych dráh plodu.

Detekcia pedofilov na výskumné účely

Na výskumné účely v minulosti boli najspoľahlivejšími nástrojmi na určenie pedofílie falografické alebo pletyzmografické testovacie vyšetrenia. Tieto procedúry zahŕňajú prezentovanie rôznych typov stimulov (obrázky, filmy, audio kazety) subjektu a potom buď meranie zmeny objemu krvi alebo zmeny obvodu penisu. Objemové zmeny penisu sú vo všeobecnosti považované za presnejšie pri určovaní nižších stupňov sexuálnej reakcie alebo vzrušenia. Problémy s pletyzmografiou sú, že je invazívna a nákladná, vyžaduje prítomnosť jednoznačne sexuálnych objektov, nie je využiteľná pre ženy, vyžaduje fungujúci mužský pohlavný úd (medicínska príčina impotencie, ako napr. hypertenzia alebo diabetes, môžu ovplyvniť výsledky), a môže byť potenciálne oklamaná (napr. ak sa jedinec pozerá na obrázky, ale myslí na niečo iné). Ďalším limitujúcim faktorom súčasného využitia pletyzmografie vo výskume pedofílie v USA je, že na ich realizáciu sú potrebné obrázky „jednoznačne sexuálnych materiálov týkajúcich sa detí“, ktoré sú považované podľa väčšiny zákonov štátu a federálnych smerníc za nelegálne. Vlastníctvo takýchto materiálov môže priviesť výskumníkov k právnym problémom.

V kombinácii s tradičným phalometrickým meraním alebo ako jeho náhrada sa začala používať relatívne nová testovacia metóda známa ako AASI (Abel Assessment for Sexual Interest). Metóda AASI je založená na autoanamnestickom dotazníku a počítačom meraní vizuálneho reakčného času, počas ktorého subjekt pozerá na rôzne fotografie štandardizovanej vzorky oblečených detí a dospelých. Uvádza sa, že AASI je schopný rozlišovať 21 kategórií sexuálneho záujmu a ukázal sa rovnako validný na detekciu homosexuálnych pedofilov ako pletyzmografia. Táto metóda má vyššiu validitu na detegovanie heterosexuálnych hebofilov ako pletyzmografia, ale nie je presná u pedofilov zameraných na malé dievčatká. Aj keď nie je stopercentná, výhody AASI sú, že používa štandardizované nepornografické fotografie, jeho administrácia vyžaduje len 1–2 h, nevyžaduje žiadne špeciálne vybavenie okrem počítača, možno ho realizovať takmer všade, je menej invazívny a intruzívny k subjektu ako pletyzmografia.

Dopad zneužitia na deti

Vo všeobecnosti, zneužitie deti zažívajú najväčšiu psychickú ujmu, keď ku zneužívaniu dochádza od osoby, ktorá má otcovskú rolu (blízki susedia, kňazi alebo pastori, učitelia, tréneri) alebo ak je spojené s násilím alebo sexuálnym kontaktom. Je ťažké predikovať špecifické dlhotrvajúce následky zneužitých detí potom, čo vyrastú a dospejú. Niektorí jedinci sa adaptujú a majú vyšší stupeň odolnosti, zatiaľ čo ostatní sú hlboko a negatívne zmenení. Štúdie ukázali, že deti zneužitie pedofilmi vychádzajú v štandardizovaných psychometrických testoch ako viac traumatizované, depresívne a neurotické. U jedincov, ktorí zažívajú dlhodobé zneužívanie je signifikantne vyššia pravdepodobnosť afektívnych porúch (napr. depresia), úzkostné poruchy (napr. generalizovaná úzkostná porucha, posttraumatická stresová porucha, panické ataky), poruchy príjmu potravy (anorexia u žien), látkové závislosti, osobnostné poruchy a/alebo porucha prispôsobenia, suicídálne gestá, dokonca suicídálne pokusy, ako u tých, ktorí neboli zneužívaní. Tieto deti majú často problémy s dlhodobým dôverným vzťahom, pocitmi viny a hanby ohľadne ich roly v incidente. Navyše, sexuálne zneužitie deti majú nižší stupeň vzdelania a vyššiu frekvenciu nezamestnanosti. Je ťažké určiť, či vyššia frekvencia nezamestnanosti je dôsledkom sexuálneho zneužívania, alebo či nezamestnanosť v dospelosti je ukazovateľom vlastnosti, ktorá viedla k tomu, že zneužívané dieťa bolo vnímané tak zraniteľné ako počas detstva.

Autori liečili 10 dospelých mužov, ktorí boli obťažovaní kňazom alebo pastorom. Viacerí z nich uvádzali, že sa im spočiatku páčil vzťah s duchovným kvôli pozornosti, ktorú dostávali a pretože mali špeciálny vzťah s osobou, ktorá má moc a rešpekt. Neskôr uviedli pocit odmietnutia, opustenia a zrady. Všetci uviedli viacnásobné sexuálne prečiny. Päť z nich prešlo k ďalšiemu pedofilnému duchovnému, ktorý s nimi tiež praktikoval viacnásobné sexuálne akty. Spoločné črty, ktoré boli u zneužitých mužov, zahŕňali vinu, hnev a zmätenosť ohľadne zneužívania. Osem zo zneužitých mužov bolo buď rezistentných voči terapii alebo mali opakované depresie, 7 z nich sa rozviedlo najmenej dvakrát, 6 sa pokúsilo o samovraždu a 4 mali problém so závislosťou na alkohole a drogách. Všetci uvádzali strach z izolácie od druhých ľudí, hanbu a strach z emocionálnej závislosti na druhých. Piatí uvádzali, že sú geovia alebo bisexuáli, zatiaľ čo 3 z 5 zostávajúcich malo problémy s dôverným emočným aj psychickým vzťahom k partnerkám (manželkám).

Liečba zneužitých jedincov

Liečba sexuálne zneužitých jedincov sa líši podľa typu zneužívania, ktoré daný jedinec zažil, trvania zneužívania, stupňa možnej interpersonálnej podpory, osobnosti jedinca a psychiatrických stavov, ktoré vznikli. Väčšina z týchto stavov dobre reaguje na farmakologickú liečbu s medikamentmi ako SSRI, individuálnu terapiu (orientovanú na vhlad, kognitívne behaviorálnu, podpornú psychoterapiu) a skupinovú alebo rodinnú terapiu. Je dôležité, aby tí, ktorí prežili zneužitie v akomkoľvek veku (deti alebo dospelí), vykazujúci

znaky vážnych psychiatrických problémov ako napr. úzkosť, panické ataky, depresia, strata alebo strach z normálnych sexuálnych túžob v dospelosti, sexuálne myšlienky, chronická iritabilita, demoralizácia, vyhábanie sa dôvernému (intímnemu) správaniu, oneskorenie alebo problémy v sociálnej oblasti, boli zverení do psychiatrickej starostlivosti.

Liečba sexuálnych delikventov

Žiadna liečba pedofílie nie je efektívna, pokiaľ sa pedofil sám nechce zúčastňovať terapie. Jedinci môžu opäť spáchať prečin aj počas aktívnej terapie, v priebehu farmakoterapeutickej liečby, dokonca aj po kastrácii. V súčasnosti sa terapia pedofilov sústreďuje skôr na zastavenie budúcich útokov voči deťom ako na zmenu ich sexuálnej orientácie. Schöber a kol. zistili, že jedinci stále vykazujú sexuálny záujem o deti, na základe merania AASI, dokonca po roku kombinovanej psychoterapie a farmakoterapie, zatiaľ čo v autoanamnéze pedofilov uvádzali frekvenciu nutkania a masturbácie ako zníženú. Tieto zistenia ukazujú, že nutkanie môže byť ovládané, ale hlavná oblasť záujmu sa nezmení. Ďalšie intervencie zamerané na zvládanie týchto potrieb pedofilov, zahŕňajú starostlivé forenzné a terapeutické monitorovanie a nahlasovanie, použite medikamentov na zníženie hladiny testosterónu, použitie SSRI a chirurgickú kastráciu (tab. 3).

Oblúbenou možnosťou liečby je potlačenie testosterónu farmakologickými prostriedkami (napr. antiandrogénna terapia alebo chemická kastrácia). Vieme len o jednom štáte (Texas), ktorý preferuje fyzickú kastráciu sexuálnych delikventov pred dlhodobou chemickou kastráciou. Aj keď fyzická kastrácia vyzerá ako rozhodujúca v prevencii opakovaných sexuálnych útokov, niektorí fyzicky vykastrovaní pedofili obnovili svoju potenciú užívaním exogénneho testosterónu a potom zneužívali znova. Chemická kastrácia má množstvo výhod oproti fyzickej kastrácii. Vyžaduje sledovanie návštev, opakované pozorovanie a psychiatrické prehodnotenie na to, aby sa mohlo pokračovať s liečbou a môže byť reverzibilná. Prostriedky ako napr. medroxyprogesterón acetát, leuprolide acetát, cyproterón acetát, prostriedky ovplyvňujúce vylučovanie luteinizačného hormónu a agonisty hormónov vylučujúcich gonadotropín, boli skúmané ako formy liečby a všetky fungovali na potlačenie hladiny testosterónu. V závislosti od mechanizmov účinku použitého prostriedku, môže trvať od 3 do 10 mesiacov, kým je vidieť úbytok sexuálnych pudov. Pri použití medroxyprogesterónu acetátu, leuprolide acetátu a agonistov hormónov vylučujúcich gonadotropín, bol preukázaný pokles deviantných aj nedeviantných sexuálnych motívov aj správania u parafilných jedincov. Agonisty hormónov vylučujúcich gonadotropín sa stávajú štandardným prostriedkom v liečbe, pretože majú menej nežiaducich účinkov a lepšiu účinnosť ako staršie prostriedky ako napr. medroxyprogesterón acetát. Zdá sa, že vďaka redukovanému libidu niektorí delikventi lepšie reagujú na psychoterapiu. Nevýhodou hormonálnej liečby oproti kastrácii je cena, ktorá sa pohybuje od 5000 do 20 000 za rok.

SSRI reprezentujú nehormonálnu liečbu, ktorá bola navrhnutá pre parafilov vo všeobecnosti, špecificky pre pedofilov.

V súčasnosti žiadne slepé štúdie na kontrolu placebo neukázali, že SSRI sú účinné na liečbu pedofílie, napriek tomu, že otvorené štúdie a prípadové štúdie upozorňujú na to, že SSRI môžu byť užitočné na liečbu pedofílie. Tieto liečebné prostriedky môžu byť užitočným doplnkom k štruktúrovanému regulovanému dohľadu, psychoterapii a k hormonálnej liečbe. Súčasťou východiska použitia SSRI sú neuropsychiatrické údaje, ktoré ukazujú serotonínové abnormality a problémy s ovládaním impulzov u niektorých pedofilov. Tieto zistenia sú podobné s nálezmi reakcií na SSRI u pacientov s OCD. SSRI môžu znižovať sexuálnu rumináciu a zvýšené sexuálne potreby, ktoré správy pedofilov uvádzajú v súvislosti so stresom a vnútornou disharmóniou. Znižujúci sa sexuálny apetít ako výsledok pôsobenia SSRI, ktorý je zvyčajne chápaný ako nepriaznivý efekt liečby, môže byť u pedofilov užitočný.

Medzi farmaká, ktoré možno budú v budúcnosti používané na liečbu pedofilov patrí napr. topiramát. Topiramát sa ukázal ako užitočný v liečbe závislosti ako napr. gamblerstvo, kleptománia, porucha „binge eating“ a látkové závislosti. Napriek tomu, že žiadne prospektívne klinické štúdie nedokázali ich účinnosť u pedofilov, viacero prípadových štúdií nedávno opisalo účinnosť topiramátu v redukovani alebo zastavení nežiaduceho sexuálneho správania u parafilov a ne-parafilov (napr. prostitútky, ľudia, ktorí kompulzívne pozerajú porno, pacienti trpiaci kompulzívnou masturbáciou). Dávkovanie sa zvýšilo z 50 na 200 mg. Sú potrebné dva alebo šesť týždňov, než sa objaví ústup sexuálneho pudového správania. Aj keď nebol identifikovaný žiadny jasný mechanizmus účinku, teórie, ktoré navrhujú vysvetlenie mechanizmov účinku topiramátu, zahŕňali zníženie uvoľňovania dopamínu v mezimozgu a priamy účinok na aktivitu γ -aminomaslovej kyseliny v jadre bunky.

Psychoterapia je dôležitým aspektom liečby, aj keď existujú diskusie o jej celkovej efektívnosti na dlhodobú prevenciu nových útokov. Možno použiť individuálnu, skupinovú terapiu alebo najčastejšie kombináciu oboch. Ústrednou stratégiou terapie s pedofilmi je kognitívno-behaviorálny prístup (riešiaci ich skreslenia a popretie) kombinovaný s tréningom empatie, kontroly sexuálnych impulzov, prevencia relapsu a biofeedback. Viaceré štúdie demonštrovali, že najlepší výsledok v prevencii opakovaného útoku na deti nastane, ak sa používajú farmakologické prostriedky súčasne s psychoterapiou. Kontroverzný prístup je použitie averzívneho podmienňovania a „preučenia“ (recondition) masturbácie na zmenu sexuálnej orientácie z detí na dospelých. Podobné techniky sa používali u dospelých homosexuálov od polovice do konca 20. storočia. Aj keď niektorí klinici tvrdia, že sú schopní preorientovať homosexuálov na heterosexuálov a týmito technikami znížiť agresivitu pedofilov, podobné metódy sa už viac v renomovaných lekárskech strediskách nepoužívajú.

Opakované útoky

Tak ako výskyt pedofílie nie je presne známy, nie je známe ani množstvo recidív útokov voči deťom. Recidíva je pojem majúci mnoho definícií, ktoré majú vplyv na množstvo hlásení o opakovaných útokoch. Napríklad, niektoré štúdie

Tabuľka 3. Liečebné možnosti pri pedofílii.

Liečba	Kategória	Spôsob podania	Vedľajšie účinky
kastrácia	chirurgický		zmeny v distribúcii telesného tuku, zmeny v metabolických procesoch, zmeny funkcií hypofýzy, znížená vitalita, depresia, návaly horúčavy, osteopénia
medroxyprogesterón acetát	progestogen	orálne, alebo injekcia	bolesti brucha, Cushingov syndróm, depresia, diabetes mellitus, galaktorea, žľozové kamene, hepatické poškodenie, návaly horúčavy, hypertenzia, tromboembolické
leuprolid acetát	agonisty hormónov vylučujúcich gonadotropín	injekcia	anafylaxia, anorexia, arytmia, asténia, hypertenzia, leukopénia, infarkt myokardu, osteopenia, periférny edém, tromboembolický fenomén, poruchy močových ciest
cyproterón acetát (v USA nedostupný)	inhibitor testosterónu	orálne, alebo injekcia	depresia, únava, hepatocelulárne poškodenie, hypochrómna anémia, ischémia myokardu, problémy s dýchaním, tromboembolický fenomén

hľadia na ďalšie zatknutia za akýkoľvek útok, iné len na zatknutia za sexuálny zločin a niektoré len na usvedčené zločiny, zatiaľ čo iné analyzujú autoanamnesticky opakujúce sa útoky. Údaje o recidivách podceňujú ich množstvo, pretože viaceré liečebné štúdie nezahŕňajú výskyt predčasne ukončených terapií, nemôžu spočítať množstvo opakovaných útokov, ktoré neboli nahlásené a nepoužívajú detektor lží na potvrdenie výpovedí o recidivách poskytnutých samotnými pedofilmi. Ďalší komplikujúci faktor je časové obdobie, počas ktorého sú tieto dáta zbierané. Niektoré štúdie uvádzajú nízky stupeň recidívy, ale tieto údaje sa týkajú jedincov, sledovaných len počas obdobia aktívnej liečby alebo krátkeho obdobia po ukončení liečby (napr. 1–5 rokov).

Publikované odhady recidívy sú v rozhraní od 10 do 50 % v závislosti od ich skupín. Niektoré štúdie ukázali, že u určitých skupín pedofilov ako napr. homosexuálov, sa vyskytuje v porovnaní s ostatnými sexuálnymi násilníkmi najvyššie množstvo opakovaných útokov. Vo všeobecnosti sa recidíva vyskytuje častejšie u homosexuálnych a bisexuálnych pedofilov ako u heterosexuálnych pedofilov. Incestní pedofili mali spravidla najnižšiu intenzitu opakovaných útokov. So stúpajúcou deviantnosťou sexuálnych praktík klesal vek zneužitého dieťaťa. Čím viac sociopatických a antisociálnych osobnostných čŕt sa manifestuje, tým majú jedinci väčší problém dodržať podmienky terapie. A čím väčšie množstvo parafilných záujmov násilníci uvádzajú, tým je väčšia pravdepodobnosť recidívy. Viaceré sebaopisovacie testy boli vytvorené na to, aby pomáhali lekárom a orgánom trestného konania predvídať, u ktorých jedincov je väčšie riziko recidívy, ale momentálne nedokáže žiadny test alebo kombinácia testov presne určiť budúcu aktivitu jedinca (tab. 4).

V štúdiu zaoberajúcej sa charakteristikami jedincov, ktorí sa opakovane dopúšťajú znásilnení, Beier zistil, že u jednej štvrtiny heterosexuálnych pedofilov (n=62) a polovice homosexuálnych a bisexuálnych pedofilov (n=59) došlo k re-

cidíve (ako dokázali opakované zatknutia za páchanie sexuálneho násillia alebo autoanamnesticky udaného priestupku) počas časového obdobia od 25 do 32 rokov. Beier uviedol, že charakteristiky, ktoré predikujú opakované útoky pre homosexuálnych a bisexuálnych pedofilov boli (1) byť výlučne pedofilom, (2) mať priemernú alebo nadpriemernú inteligenciu, (3) v čase prvého útoku bol v období strednej dospelosti, (4) zneužil dieťa vo veku 12–14 rokov, (5) koitus bol usku-točnený v skoršom veku, ako u nerecidivujúcich násilníkov a (6) diagnostikovaná porucha osobnosti. Recidivujúci heterosexuálni pedofili boli charakterizovaní ako (1) majúci zlé vzťahy v rodine s chýbajúcou podporou, (2) mali styk pred dovŕšením 19teho roku, (3) boli v období strednej dospelosti alebo starší v čase zaznamenania prípadu a (4) prvýkrát zneužili malé dieťa (3–5 rokov), ktoré nepoznali. Väčšina recidív sa vyskytla 10 rokov po prvom útoku. Či tento odklad bol spôsobený úspešnou liečbou, uväznením alebo inými faktormi, je dosiaľ neznáme.

Ohlasovanie

Existujú dve dôležité oblasti nahlasovania pedofilov. Jednou je lekárska povinnosť nahlásiť podozrenie na pedofiliu a druhou je povinná registrácia sexuálnych útokov pedofilov právnymi orgánmi. Obidve, nahlasovanie lekármi aj registrácia sexuálnych útokov, sú nevyhnutné vo všetkých 50 štátoch USA. Lekárom, ktorí chcú mať viac informácií na to, aby mohli posúdiť deti za účelom získania dôkazov o zneužití a nahlasovacie právo štátu, možno odporučiť článok Kellogga, Mandatory reporters zneužitých a zanedbaných detí: Summary of State Laws a stránku www.echildwelfare.gov. Mnohé štáty majú aj Meganove právo (verejný odкрытие súdnych procesov, ktoré spoločnosť upozorňuje na domácu adresu, adresu do práce, vodičský preukaz a ďalšie).

Tabuľka 4. Testy posudzujúce rôzne zdroje sexuálne rizikového správania.

Test	Popis
Abelova a Beckerova kognitívna škála (Abel and Becker cognitions scale)	29 položiek samoposudzovací dotazník na zistenie kognitívnej poruchy s ohľadom na konanie proti deťom. Tendencia dávať sociálne žiaduce odpovede.
Harov revidovaný dotazník psychopatie (Hares Psychopathy Checklist-Revised) (PCL-R)	Semištruktúrované interview, ktoré obsahuje 20 položkovú škálu založenú na interpersonálnych a afektívnych charakteristikách psychopatie a statického antisociálneho správania. Avšak PCL-R nikdy nebolo navrhnuté ako inštrument pre posúdenie sexuálneho recidivizmu, ukazuje sa, že má v tomto prípade skôr prediktívnu validitu.
Protokol mladistvého sexuálneho útočníka (Juvenile Sex Offender Assessment Protocol)	Škála pre mužských adolescentných útočníkov od 12 do 17 rokov
Minnesotský skrining sexuálneho útočníka – revidovaný (Minnesota Sex Offenders Screening Tool – Revised)	21 položkový inštrument hľadajúci štatistické a dynamické premenne. Statické faktory sú počet so sexom súvisiacich odsúdení, história sexuálneho obťažovania v čase udalosti, využitie násilia alebo hrozby, viaceré činy spáchané na deťoch, počet vekových skupín zneužívaných, vek dieťaťa vo vzťahu k veku útočníka, vzťah k dieťaťu, adolescentné antisociálne správanie, podstata týrania a história zamestnania. Dynamické faktory sú história uväznenia, liečenie počas uväznenia a aktuálny vek.
Multifázový sexuálny inventár (Multiphasic Sex Inventory)	300-položkový sebahodnotiaci dotazník s 20 subškálami na určenie psychosexuálnych charakteristík mužských útočníkov.
Rýchle posúdenie rizika recidivizmu pre sexuálneho útočníka (Rapid Risk Assessment for Sexual Offender Recidivism) (RRASOR)	Využíva sa na predikciu opakovaných útokov závislú na predchádzajúcich sexuálnych útokoch, veku v čase prepustenia, pohlaví dieťaťa a vzťahu k zneužitému dieťaťu.
Skriningová škála pedofilných záujmov (Screening Scale for Pedophilic Interests)	Stručné meradlo závislé od charakteristík, ako sú pohlavie dieťaťa, počet zneužitých detí a vzťah k deťom.
Vodidlo pre posúdenie rizika sexuálneho útočníka (Sex Offender Risk Appraisal Guide)	Modifikovaná verzia Violence Risk Appraisal Guide. Toto 14-položkové hodnotenie zahŕňa PCL-R a falometrické testovanie. Statické faktory zahŕňujú spolužitie s biologickými rodičmi do 16 rokov, maladjustacia poruchy prispôsobenia na základnej škole, problémy s alkoholom, rodinný stav, nenásilné a násilné trestné činy v minulosti, predchádzajúce usvedčenia so sexuálnych útokov, sexuálne útoky voči deťom mladším ako 14 rokov, zlyhanie pri predchádzajúcom podmienenom prepustení, vekový index útoku, porucha osobnosti a prítomnosť schizofrénie.
Riziko sexuálneho násilia (Sexual Violence Risk-20)	Hodnotí riziko recidívy u v minulosti odsúdených sexuálnych útočníkov pomocou 20 rizikových faktorov. Výsledky hodnotenia – nízka, stredná a vysoká možnosť recidívy.
STATIC 99	Závislý na minulých alebo „statických“ faktoroch. Pozerá na faktory z RRASOR ako sú usvedčenie za nekontaktný útok a nesexuálny útok.
Škála sexuálneho rizika. Verzia pre sexuálneho útočníka. (Violence Risk Scale. Sexual Offender Version)	Hodnotiaci inštrument, ktorý používa 7 statických rizikových faktorov a 17 dynamických položiek.

Problémy so skúmaním pedofilov

Pri štúdiu pedofílie musíme pamätať na to, že je tu silný potenciál pre ovplyvnenie vzorky. Mnohé štúdie získali pedofilných alebo sexuálnych útočníkov z populácie, z väzenia alebo zo zákonne nariadeného sexuálneho liečenia. Pri takto získanej vzorke je otázna ochota subjektu byť čestným a/alebo obviňiť samého seba v sebahodnotiacom prieskume.

Väzenská populácia vylučuje pedofilov, ktorí neboli chytaní, tých, ktorých úroveň útoku nebola „dost' krutá“, aby viedol k uväzneniu, tých ktorí boli finančne úspešnejší a schopnejší riešiť svoje problémy so zákonom pomocou súkromných právnikov. Pri takejto vzorke vzniká možnosť, že

nález nižšej inteligencie, porúch osobnosti a celkovo zníženej úrovne fungovania sú viac charakteristikami pedofilov, ktorí boli uväznení ako skupiny ako celku. Množstvo štúdií je založených na malom počte vzoriek. Nakoniec treba dodať, že zistenie z jednej štúdie nemôžu byť generalizované na ďalšie kvôli významným rozdielom, ktoré existujú medzi pedofilnou skupinou a zneužitými deťmi.

Do redakcie došlo 15.9.2010.

5. obmedzovať dopad ekonomickej krízy na duševné zdravie obyvateľov,
6. skvalitniť výskum v oblasti podpory a prevencie duševného zdravia tak, aby údaje získané z jednotlivých krajín boli porovnateľné,
7. podporiť prevenciu a ochranu duševného zdravia detí,
8. znižovať suicidalitu v európskych krajinách.

V rámci prípravy stretnutia štáty, ktoré v roku 2005 podpísali v Helsinkách Deklaráciu o duševnom zdraví pre Európu, boli vyzvané vyplniť stručný dotazník zameraný na zisťovanie, aká je úroveň poskytovania, podpory a prevencie duševného zdravia v jednotlivých krajinách v súčasnosti – počas ekonomickej krízy.

Z výsledkov vyplýva, že úroveň prevencie, poskytovania starostlivosti a jej financovanie je v jednotlivých krajinách Európy diametrálne odlišná. Najväčší rozdiel podľa výsledkov je v platoch psychiatrov: vo Švajčiarsku a Luxembursku dosahuje priemerne okolo 100 tisíc amerických dolárov ročne, na Ukrajine je to približne stokrát menej. Ďalšie rozdiely boli napríklad v odpovediach na súbor otázok, či pacienti a ich príbuzní môžu aktívne zasahovať a spolupodieľať sa na tvorbe programov na podporu duševného zdravia. To je možné najmä v krajinách západnej Európy, je to vylúčené v Bulharsku, Rumunsku a Slovinsku.

Dve tretiny štátov v odpovediach na otázky SZO uviedlo, že súčasná ekonomická kríza vedie k tomu, že štát vydáva menej finančných prostriedkov na programy podporujúce duševné zdravie občanov. Vo Švédsku naopak v súvislosti s krízou zvýšili dotácie na starostlivosť o duševné zdravie niektorých vybraných skupín obyvateľstva, napríklad o nezamestnaných.

Takmer polovica krajín (44 %) uvádza zvýšený počet suicídií v poslednom období. Vo všeobecnosti je v západnej časti Európy počet suicídií stabilizovaný, napríklad v Nemecku a Luxembursku, v niektorých krajinách, napríklad v Rakúsku, sa znižuje. Naopak počet dokonaných suicídií sa zvyšuje najmä v krajinách strednej a východnej Európy. Krajinou, v ktorej podľa SZO počet dokonaných suicídií najviac kopíruje politické, spoločenské a ekonomické zmeny, je Rusko. Výrazné zníženie počtu dokonaných suicídií bolo zaznamenané okolo roku 1986, kedy v bývalom Sovietskom zväze zaviedli čiastočnú prohibíciu. Naopak, výrazné zvýšenie počtu samovrážd zaznamenali po rozpade ZSSR a po povstaní v roku 1991. Účastníci konferencie sa zhodli v tom, že súvislosť medzi vyššou suicidalitou v poslednom období

v niektorých krajinách a ekonomickou krízou bude možné dokázať až spätne po niekoľkých rokoch, pretože na suicidalitu vplýva viac faktorov, jej príčiny sú multifaktoriálne.

V diskusii sa objavili niektoré postrehy účastníkov o problémoch súčasnej psychiatrie a podpory duševného zdravia v Európe. Mnohé z nich však nemá možnosť vyriešiť regionálny úrad SZO pre Európu. Príkladom je nejednotnosť forenzného posudzovania duševne chorých (to by mohla vyriešiť len spolupráca ministerstiev spravodlivosti európskych krajín). Druhým príkladom je nejednotnosť zákonov o psychiatrickej liečbe proti vôli (bez súhlasu) pacienta. Podľa účastníkov stretnutia legislatívu v tejto oblasti by mohol zjednotiť napríklad úrad európskeho ombudsmana.

Hostitelia stretnutia – Ministerstvo zdravotníctva Švajčiarska a zástupcovia kantónu Luzerna v podrobných prednáškach informovali účastníkov konferencie o systéme zdravotníckej starostlivosti vo Švajčiarsku a o organizovaní starostlivosti o duševné zdravie obyvateľov. Jedným z najzávažnejších problémov v súčasnosti je vo Švajčiarsku starostlivosť o duševné zdravie prisťahovalcov. Švajčiarsko má približne 7,5 milióna obyvateľov, z toho je 1,5 milióna imigrantov, ktorých psychické problémy sú veľmi špecifické a často sú riešiteľné len s pomocou poznatkov transkultúrnej psychiatrie a psychológie. Preto švajčiarska strana navrhuje, aby tzv. donor country, teda štát, z ktorého imigranti pochádzajú, poskytol Švajčiarsku svojich špecialistov na duševné zdravie a sociálnu prácu. Tí by sa spolupodieľali na riešení duševných problémov ich krajanov vo Švajčiarsku. Záverom možno konštatovať, že stretnutie splnilo svoj účel.

Literatúra

1. www.euro.who.int
2. **Results of survey of National Counterparts for the WHO Mental Health Programme.** WHO, Luzern, Switzerland, 16.-18. June 2010.
3. **Report to the European National Counterparts for the WHO Mental Health Programme.** WHO, Luzern, Switzerland, 16.-18. June 2010.

Do redakcie došlo 22.1.2009.