

Sexualita & *drogy*

Sborník odborné konference

Praha 31. března – 1. dubna 2011





Sexualita & *drogy*

Sborník odborné konference

Praha 31. března – 1. dubna 2011



Za podporu děkujeme České spořitelně a Magistrátu hlavního města Prahy

Editorky:

PhDr. Ilona Preslová
Olga Hanková

Autorský kolektiv:

Katarína Čavojská
Alex Doležalová Hrouzková
Jiří Dvořáček
Lucie Grolmusová
Martin Hulík
Iveta Jonášová
Katarína Jirešová
Jan Kožnar
Soňa Pekarovičová
Peter Porubský
Ilona Preslová
Ivo Procházka
Míluše Sadílková
Pavla Skasková
Katarína Sokolová
Jana Spilková
Jan Toman
Štěpán Tůrb
Petr Weiss
Jana Žáková

© Ilona Preslová, Olga Hanková a kol., 2011

© SANANIM, 2011

Obálka © Jan Tippman, 2011

Vydalo občanské sdružení SANANIM, Ovčí hájek 2549/64A, 158 00 Praha 13

www.sananim.cz

ISBN 978-80-904536-2-3

Obsah

Úvod.	7
Normalita a anormalita v sexuologii.	9
Mýty a realita v sexu uživatelů drog	19
Vliv pervitinu a Subutexu na sexualitu jejich uživatelů	31
Rizikovitost sexuálního chování uživatelů marihuany.	35
Ústavní léčení sexuálních delikventů a návykové látky	45
„Není to moje vina...“ aneb Sexuální zneužívání a následná psychosomatická traumata.	53
Promiskuitní chování uživatelů návykových látek	59
Sex a libostní porucha u uživatelů drog	63
Sex v terapeutické komunitě.	71
Riziková sexualita rizikové mládeže	81
Práce kurátora při řešení problému prostituce nezletilých dětí	91
Užívání drog u homosexuálních mužů a homosexuální chování u uživatelů drog	97
Drogy a noční gay život v Praze aneb Zkušenosti z práce terénního pracovníka České společnosti AIDS pomoc.	105
Užívání návykových látek u sexuálních pracovníků aneb Poznatky o. s. ROZKOŠ bez RIZIKA	109
Sex, drogy a noční život mladých lidí	117

Úvod

Klára Gajdušková, ředitelka Firemní komunikace, Česká spořitelna, a. s.

Dámy a pánové, listujete sborníkem příspěvků a přednášek z konference Sexualita a drogy. Samo o sobě je toto téma většinou veřejnosti vnímáno jako něco, o čem se ve slušné společnosti nemluví. To však nijak neubírá tématu na aktuálnosti, ani to nijak nesnižuje jeho váhu jako jedné z problematických oblastí dnešního světa.

Je skvělé, že SANANIM a jmenovitě PhDr. Martina Richterová Těmínová našli odvahu iniciovat uspořádání konference, a dát tak prostor k přednáškám a diskuzím mezi vámi – odborníky, kurátory, sociálními pracovníky, psychology...

Přeji vám hodně energie ve vaší náročné práci,

Klára Gajdušková

Normalita a anormalita v sexuologii

Petr Weiss

CO JE „NORMÁLNÍ“?

Z hlediska historického vývoje i z hlediska transkulturního srovnání je alespoň částečná společenská a dobová podmíněnost definice „normálního“ a „nenormálního“ (aberantního, deviantního, parafilního, perverzního či inverzního) sexuálního chování nesporná. Sexuálního delikventa lze sice definovat jako jedince, který ve svém chování překračuje normy sexuální morálky dané společností, které jsou ve svém minimu kodifikovány zákonem (Gebhard, 1978), nicméně sexuální normy, tedy určení chování, jež je v daném kulturním a společenském kontextu považováno za normální (slovo norma znamená pravidlo, předpis, měřítko), se neustále vyvíjejí.

Z hlediska historického lze změny sexuálních norem dobře ilustrovat na příkladu změny přístupu k homosexualitě. O tom, že zrovnoprávnění homosexuálního chování s heterosexuálním z hlediska nejenom medicínského, ale i legislativního, není zdaleka samozřejmostí, svědčí přetrvávání tradičních společenských (a následně i právních) norem i v jinak liberálních zemích. Důkazem je skutečnost, že ve 23 státech USA je pohlavní styk s osobou stejného pohlaví (nezávisle na věku) trestný dodnes. V Evropě je homosexuální styk i v současné době diskriminován například ve Velké Británii, kde je pro heterosexuální styk věková hranice určena na 16 let a pro styk homosexuální byla až nedávno snížena z 21 na 18 let – s odkazem na odborníky už dávno opuštěnou teorii vzniku homosexuality „svedením“ a z ní vyplývající argumentaci o nutné ochraně mladistvých. V zemích, kde bylo zavedeno fundamentalistické islámské právo, patří mužský homosexuální styk dokonce mezi hrdelní zločiny a ještě relativně nedávno bylo po vítězství islámské revoluce v Íránu z tohoto důvodu popraveno mnoho mužů „provinivších se“ tímto způsobem.

O transkulturních rozdílech v pojetí homosexuálního (ale i pedofilního) styku svědčí například zvyky kmene Kukuku z Nové Guineje, kde je povinně prováděna rituální felace dospělých mužů adolescentními a preadolescentními chlapci. Tímto způsobem – polykáním semene dospělých mužů, se symbolicky zvyšuje maskulinita a virilita dospívajících. U nás je však podobné chování v obecném povědomí naopak spojováno s feminitou a je negací maskulinity (Herdt a Stoller, 1990). U kmene Bataků (Sumatra) jsou pro adolescentní chlapce homosexuální styky rovněž povinné, tabuizovány jsou však styky orální, zakázány jsou předmanželské heterosexuální a později i mimomanželské sexuální kontakty.

Transkulturně se liší i chování, jež je považováno za cizoložství. Zapůjčení vlastní ženy je projevem pohostinnosti u více národů, například u Inuitů (Eskymáků). Především v tradičních zemědělských společnostech (v Číně, Indii, tradičním Japonsku, předindustriální Evropě) byl pak aplikován dvojí pohled na nevěru muže a ženy. Zatímco mužům byla milenka tolerována (většinou však pouze tehdy, když nešlo o ženu vdanou), ženy byly za cizoložství trestány často i smrtí, a pouze jim jediným byla připisována vina. Na druhou stranu afričtí Loziové například nespojují vůbec nevěru s pohlavním aktem – podle jejich zvyku se cizoložství dopustil muž, který ujde kus cesty s vdanou ženou, která není jeho příbuzná, nebo ten, který jí nabídné pivo nebo kus tabáku.

Uvedené příklady svědčí především o insuficienci nábožensko-moralistických či filozofických přístupů, nebo – jak je označuje Money (1986) – pohledů sexesofických, ale i o ošidnosti definice normality sexuálního chování na základě **sociálních a kulturních norem**. Tyto normy lze v oblasti lidské sexuality aplikovat pouze s vědomím jejich omezené platnosti, jejich podmíněnosti kulturní i dobové. Z historie morálních systémů plyne jednoznačný poznatek, že sexuální chování, které je v určité době tvrdě sankcionováno, nejednou i pod hrozbou smrti, může být v jiné době či v jiné společenské atmosféře považováno za plně normální nebo maximálně za neškodnou libůstku. Plyne z toho závěr, že když mluvíme o sexuálních deviacích, mluvíme často především o společenském systému, který určil danou sexuální normu, protože úkolem diagnostiky deviací je v jistém smyslu nakonec posilování konformity (Tallent, 1977). Čím bude tato norma restriktivnější, tím bude ve společnosti i více „deviací“ (Schorsch, 1980).

Podobně omezenou platnost má i **norma statistická**, podle které je normální chování či jev ten s nejvyšším výskytem – u ní samozřejmě automaticky vyvstává otázka, od jaké četnosti výskytu se stávají jednotlivé formy sexuálního chování či určitého jevu „nenormálními“. Normalita znamená v tomto pojetí průměrnost, běžnost, a „normální“ je tedy člověk, který odpovídá průměru. Homosexualita je pak z tohoto hlediska stejně normální či nenormální jako například naprosto zdravý chrup v dospělém věku – nelze ho jistě označit za poruchu, a to přesto, že jeho výskyt v populaci bude jen několikaprocentní.

Další z norem, která je v oblasti sexuálního chování lidí často aplikována, je **norma biologická**. Její podstatou je předpoklad, že normální je takové sexuální chování, které alespoň potenciálně vede k reprodukci. Pokud pomineme eventualitu, podle které – dovedeno ke krajnosti – nebude z hlediska této normy „normální“ žádné nekoitální sexuální chování, a nakonec ani soulož za použití antikoncepce, soulož mimo plodné období menstruačního cyklu ženy či se ženou po menopauze, představuje biologická norma argument především proti normalitě homosexuální orientace. I když pohlavní styk dvou jedinců stejného pohlaví skutečně nemůže vést k reprodukci, většina homoeroticky zaměřených jedinců je potenciálně reprodukce schopna a mnozí z nich za svůj život skutečně děti zplodí. Z tohoto hlediska bude pak spíše „nenormální“ pohlavní aktivita neplodného manželského páru jedinců opačného pohlaví a heterosexuální orientace.

Jen okrajově – jelikož v oblasti sexuálního chování je jejich význam skutečně pouze marginální – lze zmínit další dva druhy norem, a to normu **subjektivní** a normu **ideální** (resp. normu **optimální**). Z hlediska normy subjektivní pak bude pro pedofila subjektivně normální láska k dítěti a pro sadistu svazování žen. Tuto normu však obecně a ani v sexologii logicky aplikovat nelze bez toho, abychom nedospěli k naprosté anomii (tedy k situaci, kdy neplatí jakékoliv normy). Úskalím normy ideální (představa životního optima jako

„hotového, ideálního stavu“) je pak kromě nejasnosti v názorech na lidské životní optimum i její nedosažitelnost – dle tohoto pojetí by lidé k normalitě pouze směřovali, více či méně se k ní blížili, ale reálně by kritéria této normy nikdo nemohl naplnit.

I na základě tohoto stručného přehledu norem aplikovatelných na lidské sexuální chování je zřejmá především skutečnost, že jakýkoliv jednostranný pohled – tedy aplikace kterékoliv partikulární normy – má v této oblasti vždy jen relativní platnost. Přesto však lze konstatovat, že některé formy sexuálního chování vybočují i z těch nejšířší definovaných hranic normality.

Je to především sexuální chování spojené s nadměrnou fyzickou agresí nebo s potřebou poškodit, eventuálně usmrtit objekt svého erotického zájmu – podobné chování jistě nevede k reprodukčnímu úspěchu, a snad neexistuje ani žádné kulturní či sociální prostředí, jež by podobné chování u svých členů akceptovalo. Za běžných okolností pak z toho plyne logický požadavek konsensu všech na daných sexuálních aktivitách zúčastněných partnerů a následně i předpoklad, že dané sexuální aktivity nevedou k jejich duševnímu či tělesnému poškození. V tomto pojetí nelze považovat za normální například sadomasochistické praktiky, a to ani v případě, kdy k nim dochází za vzájemného souhlasu partnerů. Předpoklad vzájemného konsensu pak i z té nejširší definice normality vylučuje kromě sexuálně agresivních či sadistických i aktivity zoofilní, exhibicionistické, tušerské, frotérské, voyeuristické, skatofilní apod.

Je přitom zřejmé, že přes všechnu předchozí relativizaci musí sexuální chování zachovávat určitý, alespoň minimální kontext s danou dobou a daným kulturním prostředím. Doba a kultura nejednou i podstatným způsobem určují vnější projevy vnitřně determinovaných potřeb, a proto nelze od nich plně odhlédnout ani při posuzování těch projevů, jež jsou motivovány sexuálně.

V této souvislosti, tedy při vědomí nutnosti akceptace zachování kontextu s požadavky historického období i sociálního okolí, pak při úvahách o normalitě sexuálního chování v našem kulturně-historickém okruhu hraje nejdůležitější roli předpoklad pokrevní nespřízněnosti i požadavek adekvátní věkové zralosti sexuálních partnerů, resp. nepřijatelnost sexuálních aktivit dospělých či dospívajících jedinců s prepubertálními dětmi, a to i v případě jejich eventuálního souhlasu (lze jen obtížně předpokládat, že se v těchto případech jedná skutečně o souhlas informovaný). Přitom o normalitě či abnormalitě sexuálního chování zde z hlediska sexuologického uvažujeme pouze v souvislosti s psychosexuální a somatosexuální zralostí objektu, nezávisle na zákonem určené hranici věku pohlavního styku.

Na základě uvedených předpokladů (při nichž jsme záměrně odhlédli například od kritérií pohlaví partnerů, jejich počtu, způsobu sexuálního kontaktu, citových aspektů jejich vzájemného vztahu atd.) pak docházíme k minimální, nicméně snad dostačující definici, podle níž lze ze sexuologického hlediska **za normální považovat takové konsensuální (souhlasné) sexuální aktivity, které se odehrávají mezi psychosexuálně a somatosexuálně dostatečně zralými a pokrevně v přímé linii nespřízněnými partnery, a které nevedou k jejich psychickému nebo tělesnému poškození.**

Současně však zdůrazňujeme, že všechny tyto poznámky se týkají právě jen vnějších, pozorovatelných charakteristik, tedy chování, které je považováno za normální či deviantní. Vnější projevy přitom nemusí vypovídat nic podstatného o vnitřních potřebách, v tomto

případě tedy o sexuálních preferencích individua. Deviantní sexuální chování ještě nemusí nutně signalizovat přítomnost deviace a normální chování ještě není dostačujícím důkazem sexuální normality.

Kromě parafilií přitom řadíme mezi sexuální poruchy i poruchy sexuální identity a poruchy sexuální funkce.

SEXUÁLNÍ DEVIACE (PARAFILIE)

Dle dnes u nás oficiálně platné Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) publikované WHO v 10. revizi v roce 1992 jsou v kapitole „Duševní choroby a poruchy chování“ sexuální deviace zahrnuty do sekce „Poruchy osobnosti a chování u dospělých“ pod kódem F 65 jako „Poruchy sexuální preference“, parafilie. Parafilie jsou podle této klasifikace charakterizovány „sexuálními impulzy, fantaziemi nebo praktikami, které jsou neobvyklé, deviantní nebo bizarní“.

Mezi obecná diagnostická kritéria parafilií dle MKN 10 patří tyto podmínky:

- a) jedinec opakovaně prožívá intenzivní sexuální touhy a fantazie týkající se neobvyklých objektů nebo aktivit,
- b) jedinec buď touhám vyhoví, nebo je jimi citelně obtěžován,
- c) preference je přítomna nejméně 6 měsíců.

Sexuální deviace (parafilie) považujeme za kvalitativní odchylku struktury sexuálního motivačního systému. Jejich projevy zahrnují širokou škálu aktivit od neškodného a spíše jen společensky obtížného chování (exhibice, cross-dressing) až po nejnebezpečnější trestné činy proti lidské důstojnosti, zdraví či životu obětí. Společensky nebezpečné sexuální deviace se mohou projevit jako sexuální delikt. Je však nutné si uvědomit, že zdaleka ne všechny sexuální delikty páchají lidé deviantní (většinou jsou to anetičtí či agresivní psychopaté, alkoholicí, sociosexuálně nezralí jedinci, mentálně handicapovaní, v menší míře i psychotici), a současně platí, že ne každý deviant se dopouští sexuálních trestných činů.

V zásadě rozeznáváme sexuální deviace dvojího druhu – deviace v aktivitě a deviace v objektu. Kromě těchto základních pak rozeznáváme deviace kombinované či polymorfní, u nichž se vyskytuje současně více druhů deviantních preferencí.

Je velmi pravděpodobné, že příčinou vzniku deviace je vrozená dispozice, kde pozdější okolnosti – výchova, sexuální zkušenosti aj. – hrají spíše jen formující, patoplastickou roli. Přesný etiopatogenetický mechanismus však ještě znám není, a i proto zatím neznáme ani jejich kauzální léčbu. Jsme však schopni na základě specializovaných terapeutických programů pacienta s touto jeho zvláštností naučit žít, a to především tak, aby neublížoval svému okolí a přitom našel i pro sebe přijatelné řešení svých sexuálních potřeb. V některých případech jsme schopni sexualitu pacienta pouze utlumit na úroveň, na které je schopen své potřeby vůli zvládat. Útlumu přitom lze dosáhnout dlouhodobým podáváním antiandrogenů či některých psychofarmak snižujících sexuální apetenci postižené osoby, nebo – ve výjimečných případech a pouze na pacientovu žádost – i odnětím varlat, kastrací.

Sexuální deviace jsou kvalitativní odchylkou struktury sexuálního motivačního systému.

**DEVIACE V AKTIVITĚ (TEDY VE ZPŮSOBU DOSAHOVÁNÍ
SEXUÁLNÍHO VZRUŠENÍ A USPOKOJENÍ):**

- a/ voyeurismus – vzrušení je dosahováno sledováním intimního počínání nic netušících anonymních objektů (svlékajících se žen, souložících párů), spojeného většinou s masturbací
- b/ exhibicionismus – vzrušení je dosahováno odhalováním genitálu před neznámými ženami či dívkami, někdy spojeném s erekcí (ne však pokaždé), přičemž expozice genitálu může probíhat před osamělou ženou nebo skupinami více žen či dívek
- c/ erotografománie – vzrušení je dosahováno psaním dopisů s erotickým obsahem anonymním ženským objektům
- d/ skatofilie (erotofonie, obscénní telefonování) – deviace svou podstatou podobná předchozí, kde vzrušení je dosahováno anonymními telefonáty s erotickým obsahem
- e/ frotérismus – vzrušení je dosahováno třením se o anonymní, neznámé ženské objekty v tlačenících (ve frontách, v tramvajích)
- f/ tušérství – vzrušení je dosahováno doteky intimních míst anonymních ženských objektů
- e/ patologická sexuální agresivita – vzrušení je zde dosahováno překonáváním a minimalizací odporu napadeného anonymního ženského objektu. K patologickým sexuálními agresorům můžeme v jistém smyslu zařadit i agresivní sadisty, tzv. znehybňovače – tedy devianty, kteří pro dosažení vzrušení potřebují objekt svého zájmu před stykem (či místo něho) nejdříve omráčit či jiným způsobem učinit nehybným. Do této kategorie patří většina sexuálních vrahů.
- h/ sadismus (vzrušení je dosahováno totální kontrolou objektu) a masochismus (vzrušení je dosahováno totálním odevzdáním se, ponižením) – obvykle se vyskytují společně, mluvíme proto o sadomasochismu. Často se sadomasochistické aktivity vyskytují ve formě tzv. partnerského sadomasochismu, kde jsou potřeby partnerů komplementární a odehrávají se za vzájemného souhlasu.

DEVIACE V OBJEKTU (TEDY V PŘEDMĚTU EROTICKÉ TOUHY):

- a/ pedofilie – erotické zaměření na objekty v prepubertálním věku (tedy na chlapce a dívky bez znaků dospívání), nejčastěji ve věku 5–12 let. Pedofilové preferují jak fyzickou nezralost objektu, tedy nepřítomnost sekundárních pohlavních znaků (chybění pubického ochlupení a prsů u dívek, u homosexuálních pedofilů i nepřítomnost ejakulace), tak i jeho dětské chování (spontánnost, nevinnost, důvěřivost, závislost).

b/ fetišismus – erotické zaměření na předměty nebo části těla, které zastupují normální sexuální objekt (v jistém smyslu lze zařadit mezi fetišistické zaměření i zoofilii – fetišem je zvíře, nekrofilii – fetišem je mrtvola, statuoofilii – fetišem je socha, mysofilii – fetišem je nečistota, pyrofilii – fetišem je oheň, existuje ale i fetišistické zaměření na protézy, gumu, pleny, dámské boty atd.). Nejčastějším fetišem je ženské prádlo, může to však být i část těla (vlasy, velká ňadra, nohy).

c/ transvestitismus – vzrušení je dosahováno převlékáním se do šatů opačného pohlaví a vystupováním v roli opačného pohlaví. Pocit příslušnosti k vlastnímu pohlaví přitom nebývá podstatně narušen, muž se i přes dámské oblečení a vystupování cítí být i nadále mužem.

TRANSSEXUALITA

Transsexualita je podle oficiálně platné Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD 10) vedena pod diagnózou F 64.0 a je definována jako stav jedince, který si přeje žít a být akceptován jako příslušník opačného pohlaví. Obvyklý je zde pocit nespokojenosti s vlastním anatomickým pohlavím nebo pocit jeho nevhodnosti a přání hormonálního léčení a chirurgického zásahu, aby jeho/její tělo odpovídalo (pokud možno) preferovanému pohlaví. Transsexuální identita by měla trvat alespoň dva roky – nesmí být projevem duševní poruchy (zejména schizofrenie) ani nesmí být sdružena s intersexuální, genetickou nebo chromozomální abnormalitou.

Transsexualismus je nejextrémnějším vyjádřením pohlavní rozlady (gender dysphoria). Ta je považována za základní znak všech poruch pohlavní identity a je definována jako pocit nepohodlí, který osoba připisuje neshodě mezi svou pohlavní identitou (subjektivně prožívaným pohlavím) na jedné straně a svou pohlavní rolí a biologickým pohlavím (primárními a sekundárními pohlavními znaky) na straně druhé. Mužské transsexuály toužící po přeměně pohlaví označujeme jako M to F (male to female), ženské pak F to M (female to male).

Transsexualita v jádru označuje pocit nepřislušnosti k vlastnímu pohlaví. Transsexuálové mají jednoznačné chromozomální pohlaví a netrpí ani žádným dosud identifikovaným tělesným (chromozomálním) onemocněním. Cítí se chyceni ve falešném těle a pudově pocítují silnou touhu po změně pohlaví.

Klinická definice transsexuality je založena na uzavřené sadě charakteristik. Ty zahrnují víru, že dotyčný je příslušníkem opačného pohlaví, oblékání se a vystupování v roli opačného pohlaví, odpor k vlastnímu genitálu a přání jeho změny a trvajících touhu po změně pohlaví operativní cestou. Primárním diagnostickým nástrojem je nestrukturovaný rozhovor a klientova výpověď.

Nedílnou součástí postupného diagnostického procesu je i RLT (Real Life Test, zkouška opravdového, skutečného života). V tomto období žije klient v opačné roli ve všech oblastech svého života a jeho schopnost adaptace v této roli poskytuje relevantní informace ne pouze z hlediska terapeutického, ale je i významným kritériem potvrzujícím diagnózu.

Proces přeměny pohlaví můžeme rozdělit do následujících fází:

- a) diagnostika (nutnost stanovit a ověřit diagnózu transsexuality),
- b) rozhodovací proces (klient musí dozrát k rozhodnutí o změně pohlaví),
- c) RLT, RLE (Real Life Test, Real Life Experience, tedy ověření schopnosti klienta žít v roli opačného pohlaví),
- d) hormonální terapie (podávání estrogenů u transsexuálů M to F a androgenů u F to M a s tím související tělesné změny),
- e) operativní zákroky (především odstranění prsů a dělohy u F to M a odstranění varlat a vytvoření neovaginy u M to F),
- f) pooperační období, v němž dochází i ke změně matričního (úředního) pohlaví.

Obecně pak můžeme konstatovat, že u některých fází existuje zcela přesné a konkrétní vymezení časem (například minimální doba hormonální terapie před operačními zákroky), jiné probíhají časově velice individuálně (diagnostika). Některé fáze se vzájemně překrývají (RLT zasahuje do diagnostiky i hormonální fáze terapie). Léčba psychologickými prostředky, tedy psychoterapie, se prolíná všemi uvedenými fázemi.

SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE

Sexuální dysfunkce (tedy poruchy sexuální schopnosti, aktivity, potřeby), v MKN 10 označené kódem F.52, se u mužů i žen vyskytují podstatně častěji než v případě parafilii či poruch pohlavní identity. V posledním reprezentativním výzkumu sexuálního chování obyvatel ČR 17 % žen a 19 % mužů uvedlo, že někdy v životě trpělo nějakou sexuální poruchou. U mužů se nejčastěji setkáváme s předčasnou ejakulací a s poruchami erekce, u žen s poruchami apence (sexuální potřeby) a s potížemi při dosahování orgasmu.

SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE U MUŽŮ

PŘEDČASNÁ EJAKULACE

Pokud muž ejakuluje dříve, než by si sám přál, nebo dříve, než si přeje jeho partnerka, mluvíme o předčasné či překotné ejakulaci (ejakulatio praecox). Pokud k výronu semene dojde dokonce dříve, než dojde k imisi penisu (k zasunutí penisu do pochvy), jedná se o ejakulatio ante portas. Tato porucha se vyskytuje spíše u mladších, dobře vzrušivých mužů. Terapeuticky se dá ovlivnit například znečitlivujícími mastmi nebo tlumivými léky, někdy však stačí i použití kondomu. Oddálení ejakulačního reflexu se dosáhne i nácvikem či pouhým opakováním soulože.

PORUCHY ZTOPOŘENÍ

Mají buď psychogenní (zvláště u mladších mužů), nebo častěji organické (cévní, neurologické) příčiny. Při organických erektilních dysfunkcích chybí kromě ztopoření při styku i erekce ranní a masturbací. Psychogenní poruchy ztopoření jsou nejčastěji zapříčiněné úzkostí, nezkušeností, obavou ze selhání. V současné době lze poruchy erekce účinně léčit farmakologicky (Viagra, Uprima, Cialis, Levitra) nebo (zvláště v případě psychogenních poruch) sexuálním nácvikem.

BOLESTI PŘI SOULOŽI

Mohou být způsobeny fimózou (zúžením předkožky) nebo příliš krátkou uzdičkou. Léčba je v těchto případech chirurgická. Vzácně se v těchto případech setkáváme i s tzv. plastickou indurací penisu (deformacemi pohlavního údu způsobenými změnami vazivové tkáně).

PORUCHA SEXUÁLNÍ APETENCE

Nízká sexuální potřeba je u mužů velmi vzácná. Může být způsobena poruchami žláz s vnitřní sekrecí (štítná žláza, nadledvinky), zřídka i nedostatečným zásobením organismu androgeny (např. při hypogonadismu, po kastraci). Někdy se poruchou apetence projevují i duševní poruchy, zvláště deprese.

SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE U ŽEN

NÍZKÝ ZÁJEM O SEX

Je asi nejčastější poruchou uváděnou u žen. Příčiny mohou být (podobně jako u mužů) psychogenní (hlavně poruchy nálad), ale častěji citové a sociální. Pokud existují ve vztahové oblasti problémy, ženy podstatně častěji než muži ztrácejí o milování zájem. Z biologických příčin se zde mohou uplatnit hormonální změny v organismu během přechodu nebo tělesná onemocnění (nádory prsu a rodidel, cukrovka atd.). V ambulancích se však častěji než s vlastní poruchou apetence setkáváme s nesouladem sexuálních potřeb mezi partnery. V těchto případech je za předpokladu spolupráce obou klientů problém řešitelný psychoterapeuticky.

ANORGASMIE

Poruchy sexuální vzrušivosti a dosahování pocitového vyvrcholení mohou být jak primární, tedy od počátku sexuálního života, tak i sekundární, tedy vzniklé například po sexuálně traumatizujícím zážitku, po porodu nebo jako důsledek citového nesouladu a nezájmu o partnera. Téměř každá desátá žena není schopna dosáhnout orgasmu nebo ho dosahuje pouze výjimečně. Při terapii anorgasmie je důležitý autoerotický nácvik a technická instruktáž partnerů se zaměřením především na nekoitální dráždění.

VAGINISMUS

Jde o křečovitě a mimovolně stažení svalstva poševního vchodu, které znemožňuje průnik penisu do pochvy a při pokusech o imisi vyvolává silně bolestivé pocity. Příčiny této poruchy jsou obvykle psychogenní (strach před souloží pod vlivem nesprávné výchovy, strach z těhotenství, sexuální traumatizace). Léčba spočívá v sexoterapeutickém návniku spojeném s postupným uvolňováním poševních stahů při masturbačních či párových sexuálních aktivitách.

DYSPAREUNIE A ALGOPAREUNIE

Nepříjemné a bolestivé pocity při souloží mohou být způsobeny nízkou sexuální vzrušivostí ženy (pochva není dostatečně zvlhlá), změnami při a po přechodu nebo nejrůznějšími gynekologickými komplikacemi (záněty, stavy po operacích). Předpokladem úspěšné terapie je v těchto případech léčba základní tělesné příčiny potíží.

Literatura

GBEHARD, P. H. Sex Offenders. In: *Handbook of Sexology*. Money, J., Musaph, H. (eds.). New York: Elsevier, 1978.

HERDT, G. H., STOLLER, R. *Intimate communications*. New York: Columbia University Press, 1990.

MONEY, J. *Lovemaps*. New York: Irvington Publishers, 1986.

SCHORSCH, E. Sexuelle Perversionen: Ideologie, Klinik, Kritik. In: *Therapie sexueller Störungen*. Sigusch, V. (ed.). Stuttgart: Thieme, 1980.

TALLENT, N. Sexual deviation as a diagnostic entity. *Bulletin of the Menninger Clinic* 41, 1977, p. 40–60.

Prof. PhDr. Petr WEISS, Ph.D.

Psycholog, psychoterapeut, soudní znalec v oboru klinická psychologie – sexuologie. Klinický psycholog Sexuologického ústavu 1. LF UK a VFN, vědecký tajemník Sexuologické společnosti ČLS JEP. Přednáší na katedře psychologie FF UK a na 1. LF UK v Praze. Autor více než 400 odborných prací publikovaných v domácích i zahraničních odborných časopisech, autor 16 monografií se sexuologickou tematikou.

Sexuologický ústav Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a 1. LF UK

Apolinářská 4
128 08 Praha 2
tel.: 224 968 244
e-mail: weisspetr@volny.cz
www.vfn.cz

Mýty a realita v sexu uživatelék drog

Iveta Jonášová

V poslední době je slovo „mýtus“ oblíbené a často se skloňuje v různých populárních i odborných časopisech či na konferencích. Nedávno jsem narazila na jisté číslo časopisu Adiktologie (Radimecký, 2009), kde je hezky vysvětleno, co vlastně slovo „mýtus“ znamená, a k tomu přidává taky slovo „stereotyp“.

Stává se, že tyto pojmy bezmyšlenkovitě zaměňujeme nebo používáme jako synonyma. Z výše jmenovaného článku cituji proto vysvětlení obou z nich.

Mýtus – „posvátný nebo náboženský příběh, jehož obsah se zaměřuje na vysvětlení původu nebo stvoření přírodních, nadpřirozených nebo kulturních jevů“. Mýty patrně obsahují nějaké zrno pravdy, i když v nich vystupovaly bytosti s nadpřirozenými schopnostmi.

Stereotyp (stereos = pevný; typos = značka) – „ustálený, omezený obraz v našich hlavách“, který je obecně rezistentní k jednoduché změně.

Při mé několikaleté práci se ženami – uživatelkami drog jsem často narážela na stereotypní myšlení veřejnosti směrem k této skupině, ale mnohem víc mě překvapilo, že mnohé mýty týkající se sexuality a drog si moji klienti vytvářejí sami. Dlouho se jednalo jen o můj pocit, proto jsem se rozhodla provést v této oblasti malý průzkum, jehož dílčí výsledky v tomto příspěvku prezentuji. Následně se zamyslím taky nad tím, s jakými mýty jsem se potýkala já jakožto výzkumník při jeho vyhodnocování a snaze o následnou interpretaci. Považuji za důležité realizovat následné dílčí výzkumy a hledat další zajímavé souvislosti mezi proměnnými.

VZOREK

Do vzorku byly vybírány především ženy, které byly nebo jsou klientkami Denního stacionáře SANANIM, a to bez ohledu na to, jaký program zařízení využívaly (denní skupiny, motivační skupiny, ambulantní docházení nebo absolventské setkání). Část zkoumaných žen byla také ze spolupracujících zařízení (Doléčovací centrum a Terapeutická komunita

Karlov SANANIM). Jedinou podmínkou bylo, aby klientka v době vyplnění dotazníku nebyla akutně intoxikována, úplná abstinence nebyla nutná.

Přestože se nejednalo se o reprezentativní vzorek, je zajímavé, že průměrný věk, rozložení podle preferenční drogy a poměr matek k nematkám v našem souboru kopíruje sledované trendy stavu Denního stacionáře v několika posledních letech.

- N = 99 žen
- matky: 59
- věk = 15–41 let (průměr = 26,5 let, SD = 5,52)

Tabulka 1 – Rozložení věku

15–20 let	N = 17	17 %
21–30 let	N = 60	62 %
31–40 let	N = 20	20 %
41–45 let	N = 1	1 %

VZDĚLÁNÍ:

- ZŠ (48%)
- SŠ bez maturity (18%)
- SŠ s maturitou (31%)
- VŠ (3%)

PREFERENČNÍ DROGA:

- stimulantia (65%)
- opiáty (23%)
- polymorfní závislost (5%)

DOBA ABSTINENCE:

- 0–72 měsíců (průměr = 7,8 měs., SD = 11,95)

DOBA „BRANÍ“:

- 1–20 let (průměr = 8,3 let, SD = 4,33)

METODA:

- příležitostný výběr (osobně s vysvětlením záměru)
- návratnost: 97%
- sběr dat: 2009–2011
- dotazník (25 otázek + hard data)

Klientky byly o vyplnění požádány osobně, s odůvodněním tohoto typu výzkumu, s ubezpečením o anonymitě a taky s ujištěním, že vyplnění dotazníků není podmínkou zahájení jejich léčby v našem zařízení (možnost odmítnout).

Dotazník byl vytvořen speciálně pro tyto účely, některé otázky byly převzaty z následujících zdrojů:

- Sexuální funkce ženy, rozšířená Kroměřížská verze (Kratochvíl, 2003),
- dotazník pro ženy použitý při reprezentativním výzkumu sexuálního chování v ČR, který v roce 1993 uskutečnil Sexuologický ústav 1. LF UK ve spolupráci s demoskopickou agenturou DEMA a který je od té doby úspěšně opakován každých pět let (Weiss a Zvěřina, 2001),
- dotazník použitý v porovnávací studii sexuálního chování mezi českými a rumunskými ženami z roku 2007 (Jonášová a kol., 2010).

Dále dotazník obsahoval i několik vlastních otázek, které by měly umožnit nahlédnout na daný jev z širší perspektivy. Celý dotazník je uveden v Příloze 1. Protože se nejednalo o reprezentativní vzorek, hard data jsem zjišťovala, abych mohla lépe popsat zkoumanou skupinu žen.

VÝSLEDKY

PROŽÍVÁNÍ SEXUÁLNÍCH AKTIVIT

Vztah k pohlavnímu styku:

- více než polovina uživatelék po něm mírně touží nebo ho potřebuje (55 %).

Potřeba pohlavního styku:

- většina uživatelék, kdyby záleželo na jejich chuti, by chtěla mít pohlavní styk 2× nebo i vícekrát týdně (75 %).

Skutečná frekvence pohlavního styku:

- tato potřeba je naplněna jen u 2/3 z nich.

Prožívání:

- většina uživatelék tvrdí, že nemá problémy se vzrušením, na styk se těší, při souloži prožívá příjemné pocity a po ní se cítí dobře.

Aktivita při pohlavním styku:

- většina uživatelék je při pohlavním styku aktivní v sexuálních aktivitách a samy se snaží zvyšovat svoje vzrušení,
- většina jich má také ráda v sexuálních aktivitách různorodost a připadají si, že jsou v tomto ohledu v pořádku (1/3 žen se dokonce pokládá za výborné milenky),
- 2/3 respondentek popisují svoje projevy u orgasmu jako výrazné (dechové i zvukové, část z nich i pohybové).

Celkové zhodnocení sexuálního života:

- jen 8 % uživatelék se považuje za celkem chladné, ostatní se sexuálně vzrušují, k sexuálnímu stykům u nich dochází, ale i tak 30 % z nich zůstává často neuspokojených.

ORGASMUS A SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE

Orgasmus:

- většina uživatelék dosahuje (při styku, ve snu, při onanii atd.) orgasmu několikrát za měsíc a polovina dokonce i několikrát týdně,
- noční orgasmy zažívá několikrát za rok víc než 1/3 uživatelék,
- 27 % uživatelék nikdy nepředstíralo orgasmus a 24 % ho předstírá často.

Sexuální dysfunkce (35 %):

- neschopnost dosáhnout orgasmu (20 %),
- nízká sex. potřeba (14 %),
- bolest a nepříjemné pocity při souloži (15 %),
- vaginismus – křečovitě stažení pochvy, které způsobuje, že k souloži nemůže dojít (4 %).

Sexuální uspokojení nejvíc narušuje:

- nedostatek duševního porozumění s partnerem,
- přílišný spěch partnera a krátké trvání soulože,
- pohlavní styk spojený s násilím (nikdy nezažilo jen 34 % uživatelék),
- pohlavní styk jako čistě účelová záležitost (nikdy neprovozovalo jen 21 % uživatelék).

Antikoncepční chování:

- k ochraně před otěhotněním uživatelky většinou praktikují přerušování styku před vystříknutím semene u muže (41 %), užívání ženské hormonální antikoncepce (32 %) a použití kondomu (22 %),

- nejvíce by jim však vyhovovalo užívat ženskou hormonální antikoncepci (51 %), použití kondomu (14 %), nitroděložního tělíška (13 %) a přerušení styku před vystříknutím semene u muže (11 %),
- pohlavní styk bez jakékoli ochrany provozuje vždy nebo téměř vždy polovina uživatelék.

Interrupce:

- 28 % uživatelék podstoupilo interrupci (12 % dokonce opakovaně).

Samovolný potrat:

- samovolný potrat zažilo 11 % námi zkoumaných respondentek.

DISKUZE

Vzhledem k tomu, že vnímám jistý rozdíl mezi výsledky tohoto dotazníkového šetření a mou terapeutickou praxí, kladu si otázku, v jaké fázi závislosti a léčby je dotazníková metoda šetření této problematiky vhodná. Je zřejmé, že v každé fázi kontaktu s klientkou vstupuje do procesu dotazování řada faktorů.

Ve výsledcích je překvapující počet žen, které se subjektivně vnímají jako sexuálně „v pořádku“, nicméně uváděná četnost sexuálních dysfunkcí je několikanásobně vyšší než u běžné populace.

Klientky – uživatelky pravděpodobně podléhají jistým mýtům o sobě samých a v souladu s tím se také prezentují. Domnívám se, že je to způsobeno tím, že uživatelé drog jsou často odpojeni od tělesného vnímání a vlastních pocitů. Reagují nebo se nějak chovají bez propojení s prožíváním nebo je toto propojování pokrivené. Klientky – uživatelky drog často používají svoje tělo jako nástroj seberealizace či dosahování jiných potřeb (např. jako cestu k drogám, jídlu, bydlení atd.) a v důsledku toho jsou od svého těla odosobněné, na rozdíl od nepatologické populace, ve které mají lidé mnohem jasněji vymezené intimní zóny.

Příkladem z praxe je práce na terapeutických programech, kdy neverbální techniky vyplývající z taneční nebo pohybové terapie jsou mezi klienty nejméně oblíbené, protože si s tím neumějí vůbec poradit, jsou překvapeni z vlastních reakcí a reagování (a samozřejmě víme, že závislé osobnosti se při neúspěchu mají tendenci rychle vzdávat). Na druhou stranu právě tyto techniky dobře zpracované a podchycené mohou mít pro ně v pokračující léčbě velký význam.

Dalším faktorem, se kterým se při terapeutické práci s klientkami setkáváme, je disociace. Klientky jistě nepřijemné zážitky vytěsňují a zapomenou na ně, v dotazníku je tedy neuvádí (např. klientka, která v dotazníku označila, že sex spojený s násilím nikdy nezažila, v terapii odhalí, že byla znásilněna). Nicméně, pohlavní styk spojený s násilím popisují až 2/3 žen. Vzhledem k tendenci našich klientek tyto zážitky vytěsňovat a bagatelizovat si myslím, že reálné číslo by mohlo být ještě vyšší. Uživatelky drog, často v intoxikovaném stavu, se neumí vůči násilí bránit a stávají se lehkým terčem pro agrese všeho druhu. Dalším důvodem může

být taky to, že se pohybují ve společnosti dalších uživatelů, kteří mají sníženou kontrolu pro sociálně adekvátní chování. Uživatelky drog násilí na sobě většinou nikde neohlašují, protože se stydí a samé mají pocit, že si to zavínily.

Žádné z výše zmíněných jevů by tedy neměly být při interpretaci podobných dat opomenuty a měly by se stát předmětem dalšího výzkumu.

ZÁVĚR

Uživatelky drog, na rozdíl od běžné populace, mají častější zkušenost se sexuálním stykem jako čistě účelovou záležitostí, mnohem víc jich zažilo sexuální styk spojený s násilím, víc podstupují interrupce, ale chovají se méně zodpovědně v oblasti antikoncepce, subjektivně ale prožívají svůj sexuální život jako uspokojivý a v pořádku, nicméně trpí několikanásobně více sexuálními dysfunkcemi než běžná populace českých žen.

Literatura

JONÁŠOVÁ, I. a kol. *Porovnanie sexuálneho správania medzi českými a rumunskými ženami*. Příspěvek přednesený na XX. Košických sexuologických dnech, 7.–9. 10. 2010.

KRATOCHVÍL, S. *Sexuální dysfunkce příčiny a léčba*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0203-7

RADIMECKÝ, J. *Heroin – zázračný lék, jenž se (ne)změnil v jed, aneb některé oblíbené mýty a stereotypy o heroinu a jeho uživatelích*. *Adiktologie*. 2009, č. 9, Supplementum 1, s. 27–35.

WEISS, P., ZVĚŘINA, J. *Sexuální chování v ČR: situace a trendy*. Praha: Portál, 2001. 159 s. ISBN 80-7178-558-X.

PhDr. Iveta Jonášová, Ph.D.

Autorka získala doktorát z klinické psychologie, se zaměřením na sexuální psychologii, na Katedře psychologie FF UK v Praze. 2 roky pracovala v Soukromém sexuologickém centru Gona, s. r. o., jako psycholožka. V současné době pracuje už pátým rokem jako psychoterapeutka v Denním stacionáři SANANIM pro drogově závislé a taky vede soukromou psychoterapeutickou praxi.

Denní stacionář SANANIM

Janovského 26
170 00 Praha 7
tel.: 220 803 130
e-mail: stacionar@sananim.cz
www.sananim.cz

Mýty a realita v sexu uživatelék drog: Příloha 1 – Dotazník

PROSÍM, OZNAČTE VŽDY JEN JEDNU ODPOVĚĎ, POKUD NENÍ PSÁNO JINAKI!

Věk:

Vzdělání:

Doba brání:

Doba abstinence:

Počet porodů:

Počet samovolných potratů:

Počet interrupcí:

1. SVŮJ VZTAH K POHLAVNÍMU STYKU BYCH HODNOTILA TAKTO:

- mám k němu odpor 1
- nepotřebuji ho, nemusela bych ho mít 2
- mírně po něm toužím 3
- potřebuji ho 4
- mám značně silnou potřebu pohlavního styku 5

2. KDYBY ZÁLEŽELO NA MOJÍ CHUTI A KDYBYCH K TOMU MĚLA VHODNÉ PODMÍNKY, VYHOVOVALO BY MI MÍT SOULOŽ:

- vůbec nikdy, nebo nejvíc 1× za rok 1
- několikrát za rok, nejvíc 1× za měsíc 2
- několikrát za měsíc, nejvíc 1× za týden 3
- 2× nebo vícekrát týdně 4
- denně nebo i víckrát za den 5

3. BEZ OHLEDU NA ZPŮSOB, JÍMŽ SE TAK DĚJE (PŘI STYKU, VE SNU NEBO ONANÍ, ATD.) DOSAHUJI POHLAVNÍHO VYVRCHOLENÍ – ORGASMU:

- vůbec nikdy, nebo méně než 1× za rok 1
- několikrát za rok, nejvíce však 1× za měsíc 2
- několikrát za měsíc, nejvíce však 1× za týden 3
- 2× nebo vícekrát týdně 4
- denně nebo vícekrát za den 5

4. K POHLAVNÍMU STYKU U MNE DOCHÁZÍ:

- vůbec nikdy, nebo méně než 1× za rok 1
- několikrát za rok, nejvíce však 1× za měsíc 2
- několikrát za měsíc, nejvíce však 1× za týden 3
- 2× nebo vícekrát týdně 4
- denně nebo vícekrát za den 5

5. VYJÁDRĚNĚ V PROCENTECH JSEM DOSÁHLA ORGASMU V POSLEDNÍM ROCE U USKUTEČNĚNÝCH SOULOŽÍ ÚPLNÉHO USPOKOJENÍ – ORGASMU:

- v 0% 1
- asi v 25% 2
- asi v 50% 3
- asi v 75% 4
- v 90–100% 5

6. SVOJE POCITY PŘI MAZLENÍ, MILOSTNÉ PŘEDEHŘE PŘED SOULOŽÍ A PRŮBĚH SVĚHO VZRUŠENÍ BYCH CHARAKTERIZOVALA TAKTO:

- je mi to nepříjemné, nesnáším to nebo to odmítám 1
- snáším to, ale nic necítím, jsem suchá 2
- cítím mírnou vlhkost a chvílemi vzrušení, které se někdy rozplývá 3
- mám dostatek vlhkosti, za vhodných podmínek se silně vzruším 4
- velmi lehce a silně se vzruším i za velmi málo příznivých podmínek 5

7. PŘED POHLAVNÍM STYKEM (MAZLENÍ, SOULOŽ, PŘÍPADNĚ OBOJÍ) CÍTÍM:

- nechut, strach, nebo odpor, snažím se mu raději vyhnout 1
- lhostejnost, nikdy zvlášť o styk nestojím 2
- někdy mám náladu i chuť, ale iniciativu neprojevuji 3
- většinou se na styk těším, dokáži dát i sama podnět 4
- na styk se stále velmi těším, vyhledávám ho, musím ho mít i za nepříznivých podmínek 5

8. PŘI SOULOŽI MÁM SPÍŠ:

- nepříjemné pocity až bolestivost 1
- dojem, že jsem necitlivá, zůstávám chladná 2
- příjemné pocity, které jsou stále stejné 3
- příjemné pocity, které se stupňují jen do určitého bodu (pak se případně rozplývají) 4
- příjemné pocity, které se stupňují až k vyvrcholení 5

9. PO POHLAVNÍM STYKU (MAZLENÍ, SOULOŽ, PŘÍPADNĚ OBOJÍ) MI NEJČASTĚJI BÝVÁ:

- velmi zle, mám bolesti, nervové těžkosti, hněvám se na partnera 1
- cítím lhostejnost, jsem bez problémů, dobře usínám 2

- celkem dobře, někdy cítím, že ještě něco chybí, mám touhu pokračovat 3
- dobře, cítím se uspokojená, příjemně unavená 4
- velmi dobře, cítím silné uspokojení a štěstí, jsem veselá, mám větší chuť do práce 5

10. HODNOCENÍ SEBE JAKO SEXUÁLNÍ PARTNERKY:

- připadám si nenormální, úplně chladná, neschopná 1
- připadám si málo schopná, chladnější 2
- nejsem si celkem jistá, že jsem v tomto směru v pořádku 3
- jsem v pořádku 4
- jsem výborná milenkou, umím to s muži, dovedu je kam chci 5

11. AKTIVITA PŘI POHLAVNÍM STYKU:

- nechávám všechno na partnerovi, pasivně ležím, pohybu se sama nezáčastňuji 1
- ke konci styku se mírně pohybuji v rytmu partnerových pohybů 2
- hladím partnera, rytmicky se k němu sama tlačím tělem i pánví 3
- od začátku aktivně pohybuji pánví proti partnerovým pohybům, snažím se zvýšit vzrušení úmyslným stahováním svalů poševního vchodu a jinými pohyby a doteky 4
- sama dráždím partnera na citlivých místech a pohlavním údu, zasunu si úd do pochvy, aktivně řídím způsob i tempo pohlavních pohybů 5

12. POLOHY PŘI POHLAVNÍM STYKU:

- souhlasím jen s běžnou polohou na zádech, odmítám „experimenty“ 1
- výjimečně souhlasím se změnou polohy 2
- střídám několik jednoduchých základních poloh 3
- ráda zkouším různé polohy, včetně polohy, kdy jsem na partnerovi 4
- vyžaduji různorodost v polohách, střídám je i v průběhu jednoho styku, je mi příjemná i „francouzská“ poloha (dráždění pohlavních orgánů ústy) 5

13. CHOVÁNÍ PŘI ORGASMU:

- orgasmus se v mém vnějším projevu nijak neprojevuje 1
- zrychlené dýchání 2
- zřetelně zrychlený dech, vzdechy 3
- silné vzdechy s křečovitým napětím těla 4
- výrazné dechové, zvukové i pohybové projevy, vyjadřující vrcholnou rozkoš 5

14. NOČNÍ ORGASMUS (SAMOČINNÉ SEXUÁLNÍ VZRUŠENÍ A VYVRCHOLENÍ BĚHEM SPÁNKU NEBO SNU) JSEM ZAŽILA:

- výjimečně, nejvíc 1× za rok 1
- několikrát za rok 2
- několikrát za měsíc, nejvíc však 1× za týden 3

— 2× nebo víckrát týdně	4
-----------------------------------	---

15. PŘEDSTÍRALA JSTE NĚKDY PŘI POHLAVNÍM STYKU ORGASMUS?

— ojedinelé ano	1
— často ano	2
— ano, téměř pořád	3
— ne nikdy	4

16. MOJE SEXUÁLNÍ USPOKOJENÍ NEJVÍC NARUŠUJE (MOŽNOST OZNAČIT I VÍC ODPOVĚDÍ):

— nedostatek duševního porozumění s partnerem	1
— přílišný spěch partnera a krátká předehra	2
— krátké trvání soulože	3
— bolestivost při souloži	4
— strach z otěhotnění	5
— jiné (vypište)
.
.	6

17. POHLAVNÍ STYK SPOJENÝ S NÁSILÍM NEBO PROTI MĚ VŮLI JSEM ZAŽILA:

— pravidelně	1
— opakovaně	2
— výjimečně	3
— nikdy	4

18. K OCHRANĚ PŘED OTĚHOTNĚNÍM PRAKTIKUJI VĚTŠINOU:

— přerušení styku před vystříknutím semene u muže	1
— použití kondomu	2
— použití pesaru	3
— používání ženské hormonální antikoncepce	4
— použití nitroděložního tělíska	5
— zdržování se styku v období s největší pravděpodobností otěhotnění	6
— nechráním se před otěhotněním nijak	7
— jinak
.
.

19. K OCHRANĚ PŘED OTĚHOTNĚNÍM BY MNĚ NEJVÍC VYHOVOVALO:

— přerušení styku	1
— použití kondomu	2
— použití pesaru	3
— používání ženské hormonální antikoncepce	4
— použití nitroděložního tělíska	5
— zdržování se styku v období s největší pravděpodobností otěhotnění	6

- kdyby styk probíhal bez jakékoliv ochrany 7
- jinak
-
-

20. POHLAVNÍ STYK BEZ JAKÉKOLI OCHRANY JSTE PROVOZOVALI:

- vždycky nebo téměř vždycky 1
- příležitostně 2
- výjimečně 3
- nikdy nebo téměř nikdy 4

21. PRVNÍ INFORMACE O SEXU JSEM ZÍSKALA (MOŽNOST OZNAČIT I VÍC ODPOVĚDÍ):

- od rodičů 1
- od sourozenců nebo ostatních členů rodiny 2
- od kamarádů 3
- ve škole 4
- od doktora nebo psychologa 5
- z knížky 6
- z magazínů a časopisů 7
- z TV nebo rádia 8
- Z internetu 9
- do teď nemám dostatečné informace o sexu 10

22. POHLAVNÍ STYK JAKO ČISTĚ ÚČELOVOU ZÁLEŽITOST (PROSPĚCH, ZISK, VYHOVĚNÍ DRUHÉMU) JSEM PROVÁDĚLA:

- pravidelně 1
- opakovaně 2
- výjimečně 3
- nikdy 4

23. CELKOVÉ ZHODNOCENÍ MÉHO SEX. ŽIVOTA:

- sexuálně se vzrušuji, jsem sexuálně uspokojena, sexuální život mě teší . . . 1
- sexuálně se vzrušuji, k sexuálním stykům dochází, ale poměrně často jsem neuspokojena 2
- jsem celkem chladná, vzrušuji se málo, sex. styk je mi celkem lhostejný . . . 3

24. TRPÍTE NEBO TRPĚLA JSTE NĚJAKOU SEXUÁLNÍ PORUCHOU ?

- žádnou 1
- ano 2,
- a to: ano ne
- neschopností dosáhnout orgasmus. 1 2
- nízkou sex. potřebou 1 2
- bolestí a nepříjemné pocity při souloži 1 2

— vaginizmem (křečovitě stažení pochvy, které způsobuje, že k souloži nemůže dojít)	1	2
— jinou poruchou (napíšte jakou)	1	2

25. JAK JSTE SPOKOJENÁ SE SVÝM VZHLEDEM?

— jsem spokojená	1
— spíš spokojená, ale chtělo by to ještě malé změny	2
— je mi to jedno	3
— nejsem spokojená	4

Děkuji za vyplnění.

Vliv pervitinu a Subutexu na sexualitu jejich uživatelů

Jana Žáková

Příspěvek prezentuje výsledky výzkumu, který proběhl letech 2007–2008 a zkoumal sexualitu problémových uživatelů návykových látek, konkrétně pervitinu a Subutexu (z legálních i nelegálních zdrojů).

Východiskem pro provedení výzkumu bylo přesvědčení, že v rámci bio-psycho-sociálního modelu pojetí závislosti tvoří sexualita důležitou součást života závislého a se závislostí jako takovou se vzájemně ovlivňuje. Další východisko představoval model ochrany veřejného zdraví, podle kterého jsou problémoví (injekční) uživatelé drog jednou z nejrizikovějších skupin co se týče šíření závažných pohlavně přenosných chorob, a proto je dobré znát vzorce jejich sexuálního chování a moci tak lépe zacílit preventivní působení.

Cílem výzkumného projektu bylo zmapování mezioborového prostoru na pomezí sexuologie, adiktologie a psychologie a získání informací o sexualitě pravidelných uživatelů metamfetaminu a buprenorfinu. Tyto dvě návykové látky byly vybrány jednak proto, že jejich uživatelé tvoří u nás velkou většinu tzv. problémových uživatelů (heroin nahradil v poslední dekádě do velké míry Subutex a jeho uživatele je také výrazně snazší získat ke spolupráci na výzkumu). Dále také byly tyto dvě látky zvoleny jako jakési protipóly v účinku na lidský organismus – pervitin jako zástupce budivých stimulancí a Subutex jako tlumivý opioid – s cílem zjistit, jak přímo toto chemické působení může sexualitu dlouhodobě ovlivňovat. Sebraná data o sexualitě uživatelů byla srovnávána s poznatky o sexuálním chování populace České republiky podle průzkumu z roku 2008 (Weiss, P., Zvěřina, J.: Sexuální chování obyvatel ČR-IV). Kromě zmapování oblasti sexuality bylo cílem také ověření několika hypotéz, které byly stanoveny na základě zkušeností z praxe, rozhovorů s klienty a podle dat z pilotního výzkumu.

- H1:** Uživatelé buprenorfinu jsou méně spokojeni se svým sexuálním životem než uživatelé pervitinu, mají menší potřebu sexuálního uspokojení a častěji trpí sexuálními obtížemi (snížená apetence, poruchy erekce u mužů, poruchy sexuálního vzrušení u žen, dysfunkční orgasmus apod.).
- H2:** Uživatelé pervitinu vykazují projevy rizikového sexuálního chování (počet sexuálních partnerů, zkušenost s poskytováním placených sexuálních služeb, využití placených sexuálních služeb, neúčinná ochrana proti přenosu sexuálně přenosných nemocí atd.) častěji než uživatelé buprenorfinu.

H3: Ve srovnání s reprezentativním vzorkem české populace jsou uživatelé návykových látek výrazně rizikovější skupinou co do počtu partnerů, zkušenosti s poskytováním placených sexuálních služeb, využití placených sexuálních služeb, výskytu pohlavně přenosných nemocí.

H4: Ženy užívající návykové látky prožily během svého života v porovnání s reprezentativním vzorkem české populace žen podstatně častěji zneužívání a znásilnění.

Orientační výzkum kvantitativní povahy byl prováděn pomocí nestandardizovaného dotazníku (standardizovaný dotazník pro dané téma a danou populaci není k dispozici). Respondenti byli vybíráni metodou záměrného výběru přes instituce v osmi nízkoprahových kontaktních centrech, jednom substitučním centru a jednom poradenském centru pro klienty v substituci. Výběr respondentů probíhal podle předem daných kritérií pro základní soubor a s podmínkou dobrovolného souhlasu s účastí na výzkumu. Respondentům byly podány stručné informace o účelu výzkumu a o anonymitě dotazníku a ochraně získaných dat, a to jak ústní, tak písemnou formou. Porozumění těmto informacím stvrzovali respondenti podpisem. Dále pak vyplňovali dotazník samostatně. Pro statistické zpracování výzkumu bylo použito statistického programu SPSS.

Dotazník obsahoval informovaný souhlas, několik položek dotazujících se na základní sociodemografické údaje (věk, vzdělání, zaměstnání...), dále zjišťoval užívanou drogu, délku, četnost a způsob jejího užívání. Následovaly samotné otázky na sexuální chování a prožívání sexuality, ve variantě pro muže a pro ženy zvlášť. Dotazník obsahoval 14 okruhů otázek, kdy většina otázek nabízela výběr z několika možností, výjimečně byla požadována slovní odpověď. Hlavní okruhy otázek byly následující:

- spokojenost se sexuálním životem a subjektivní vnímání jeho změny v důsledku pravidelného užívání drog,
- okolnosti prvního sexuálního styku – věk, užívání drogy ad.,
- počet stálých a náhodných partnerů,
- potřeba sexuálního uspokojení a její změna v souvislosti s užíváním drog,
- subjektivní vnímání doby trvání sexuálního styku,
- používání ochrany v současnosti i minulosti,
- sexuální obtíže a poruchy,
- sexuální kontakt s osobami nabízejícími komerční sex,
- provozování komerčního sexu,
- sexuální styk se stejným pohlavím a sexuální orientace,
- prodělané pohlavně přenosné nemoci a prevence jejich přenosu,
- výskyt zneužití a znásilnění v anamnéze.

Základní soubor tvořili všichni uživatelé pervitinu nebo buprenorfinu (Subutexu), muži i ženy, kteří užívali v době sběru dat tuto látku nejméně po dobu jednoho roku s frekvencí minimálně 2–3× měsíčně. Zároveň však neužívali výrazně žádnou jinou návykovou látku. Výběrový soubor tvořili ti jedinci ze základního souboru, kteří splňovali kritéria pro zařazení do výzkumného vzorku a spolupráci neodmítli. Podle kvalifikovaného odhadu jednotlivých zařízení byla ochota ke spolupráci ze strany oslovených respondentů přibližně v 80 %.

Výzkumný vzorek čítal 267 respondentů, z nichž 183 bylo mužů a 84 žen. Tento poměr odpovídá obvyklému poměru mužů a žen v drogových službách. Průměrný věk celého

výběrového souboru byl 27 let, ženy byly průměrně o několik let mladší. Intravenózně užívalo drogu 95 % uživatelů pervitinu (zbylých 5 % sniff) a 73 % uživatelů Subutexu (ostatní užívají substituci per os). Mírná nadpoloviční většina užívá pervitin denně, Subutex užívá denně více než 90 % dotazovaných. Průměrná délka užívání hlavní drogy byla u mužů užívajících pervitin 8,1 roku (SD = 6,71), u žen 6,2 roku (SD = 4,50). Ve skupině uživatelů Subutexu byla průměrná doba jeho užívání u mužů 4,7 roku (SD = 1,90) a u žen 4,2 roku (SD = 1,70).

Jedna z hypotéz předpokládala, že **uživatelé Subutexu budou méně spokojeni se svým sexuálním životem než uživatelé pervitinu**. Tato **hypotéza (H1) se nepotvrdila**. Spokojenost v době výzkumu byla u obou skupin srovnatelná. Při dotazování na změnu v důsledku užívání drog („Změnil se nějak Váš sexuální život od doby, kdy užíváte drogy?“) se však určitý rozdíl prokázal. Zatímco muži a ženy užívající pervitin pociťovali s drogami změnu k lepšímu (především delší pohlavní styk, jeho lepší prožívání, větší apetence a aktivita), druhá skupina vnímala spíše zhoršení kvality sexuálního života (především menší apetence).

Nepotvrdila se ani hypotéza (H1), že uživatelé Subutexu trpí častěji sexuálními obtížemi nebo dysfunkcemi než uživatelé pervitinu. Výskyt obtíží u obou pohlaví byl v první skupině mírně, ne však statisticky významně vyšší. Především ale v celém souboru v průměru více než trojnásobně převyšoval výskyt v běžné populaci. Muži v obou skupinách uváděli především neschopnost dosáhnout orgasmu, poruchy erekce nebo příliš malou potřebu sexu, ti, kteří užívali pervitin, však nejčastěji příliš velkou potřebu sexu. Ženy si stěžovaly především na poruchy vzrušivosti a neschopnost dosáhnout orgasmu, uživatelky Subutexu pak ještě na příliš malou potřebu sexu. Co do charakteristiky obtíží se tedy částečně projevil vliv dané látky, a to ve směru změny apetence. Ve všech skupinách se mimo jiné prokázala souvislost mezi tím, zda jedince trpěl nějakými obtížemi (nehledě na jejich povahu) před užíváním drog a jestli se vyskytly také v době, kdy drogy užívá.

Ani **hypotéza (H2) o tom, že by uživatelé pervitinu vykazovali rizikovější sexuální chování, se nepotvrdila**. Uživatelé pervitinu uváděli oproti uživatelům buprenorfinu průměrně více sexuálních partnerů, v jiných ukazatelích se ale nijak významně nelišili (používání kondomu se stálým i náhodným partnerem, využívání placených sexuálních služeb, aktivní prostituce). Podle očekávání se **potvrdila vysoká rizikovitost populace uživatelů ve srovnání s běžnou populací (H3)**. Sexuální život začínají v průměru o 3 roky dříve (v 15 letech), výrazně častěji trpí pohlavně přenosnými chorobami (především kapavka a muňky, samozřejmě hepatitida typu B a C), méně často používají kondom. Zatímco sex s prostitutkou mělo někdy v životě 14 % českých mužů, stejnou zkušenost uvedlo 48 % mužů v souboru uživatelů. Ani ne polovina z nich pokaždé při takovém styku použila kondom (oproti 74 % českých mužů s danou zkušeností). Ve zkušenosti s aktivní prostitucí není srovnání s českými muži možné, protože celopopulační výzkum danou otázku neobsahuje. Dotazuje se na tento údaj pouze žen, z nichž sex za úplatu poskytlo pouze několik procent. Naproti tomu 20 % mužů a necelých 40 % žen v našem souboru přiznalo, že někdy poskytli sex za úplatu (peníze, drogy...).

Populace problémových uživatelů se výrazně liší také v otázce sexuální orientace nebo lépe řečeno její jednoznačnosti. Především ženy-uživatelky mají výrazně častěji zkušenost se sexem se ženou (61 % užívatelky pervitinu a 51 % užívatelky Subutexu), oproti 8 % českých žen, které podobnou zkušenost uvedly. U mužů je výskyt homosexuální zkušenosti oproti běžné populaci dvojnásobný, tedy 10 %. Uživatelky také výrazně častěji nemají jasno ve své orientaci, až 15 % z nich si není jistých, jestli nejsou lesbicky orientované, a 43 % užívatelky

pervitinu a 36 % uživatelék Subutexu se považuje za bisexuálně orientované (oproti 11 % českých žen).

Poslední z hypotéz se zabývala **četností výskytu zneužívání a znásilnění v životě respondentů v porovnání s českou populací**. V souladu s předpokladem a s poznatkem, že tato zkušenost častěji vede ke zneužívání návykových látek, se **hypotéza (H4) potvrdila**. Muži a ženy užívající návykové látky opravdu zažili častěji než průměrný Čech nebo Češka v dětství (ve věku do 15 let) zneužívání – u mužů je výskyt **2-3násobný**, u žen téměř **4násobný** s tím, že mezi uživatelkami pervitinu byla tato zkušenost podstatně častější. Také znásilnění zažili respondenti ve výzkumu neporovnatelně častěji, a to především ženy. 9 % mužů uvedlo, že byli někdy donuceni násilím k sexu, poměrně velká část navíc na otázku neodpověděla. Mezi ženami má takovou zkušenost více než polovina.

ZÁVĚREM JE MOŽNÉ KONSTATOVAT NÁSLEDUJÍCÍ:

- Celkový obraz sexuálního života uživatelů se neliší v závislosti na užívané droze, je však podstatně odlišný od běžné populace.
- Mnohem větší roli než chemické účinky látky hraje pravděpodobně samotný fakt užívání a životní styl s ním spojený.
- Užívání drog může být příčinou i následkem zkušeností a událostí v oblasti sexuality a jejího prožívání.

Prezentovaný výzkum pouze zběžně mapuje dosud ne příliš probádanou oblast. Nabízí se tak mnoho možností k dalšímu směřování výzkumu i praxe. Bylo by například zajímavé především kvalitativní metodou prozkoumat možné souvislosti problémů v sexualitě a započítat i ukončení drogové kariéry, více se zabývat rolí drog v procesu vyrovnávání se s odlišnou sexuální orientací, preferencí nebo traumaty, vysokým výskytem lesbických sexuálních vztahů a bisexuální orientace mezi uživatelkami (např. souvislostí s vysokým výskytem zneužívání) a samostatnou kapitolou zůstává násilí v partnerských a sexuálních vztazích uživatelů drog. V terapeutické a adiktologické praxi by měl být dán dostatečný prostor pro sexuologická témata v léčbě, což vyžaduje mimo jiné určitou odvahu a kompetenci týmu. Příležitost k tomu nabízí například genderové skupiny, vzdělávání, práce s traumaty v rámci skupinové terapie apod. Nedílnou součástí je v některých případech také spolupráce s externími odborníky (sexuology).

Mgr. Jana Žáková, Ph.D.

Psycholožka, terapeutka, adiktoložka. Pracuje v TK Němčice.

Terapeutická komunita Němčice SANANIM

Zámek 1

387 19 Němčice

tel.: 383 396 120

e-mail: nemcice@sananim.cz

www.sananim.cz

Rizikovost sexuálního chování uživatelů marihuany

Alexandra Doležalová Hrouzková, Petr Weiss

Úvod

Konopné drogy patří mezi nejužívanější ilegální drogy na světě. Světová zdravotnická organizace odhaduje počet uživatelů na 147 milionů lidí, respektive 2,5 % světové populace [1]. Naproti tomu dopad dlouhodobého chronického užívání konopných drog na sexuální chování a sexuální zdraví člověka není stále dostatečně prozkoumán. Česká republika patří mezi evropské země s nejvyšší prevalencí užívání konopných drog, a počet uživatelů zde tvoří prakticky třetí nepočtenější skupinu uživatelů návykových látek vůbec. Dle Národního monitorovacího střediska pro drogy v současnosti v České republice 60 tisíc uživatelů užívá marihuanu každodenně [2]. Po alkoholu a tabáku jsou konopné drogy třetí nejoblíbenější skupinou drog nejen v ČR, ale i ve světě.

Poznatky o dopadu dlouhodobého pravidelného užívání konopných drog na veřejné zdraví a sexualitu uživatelů jsou však stále ještě omezené a problematika vyžaduje dalšího zkoumání.

Autoři podávají přehled dosavadních dostupných poznatků z oblasti užívání konopných drog a rizikového sexuálního chování a prezentují výstupy výzkumu sexuality dlouhodobých chronických uživatelů marihuany, jež byl realizován v České republice v roce 2010 [3].

Užívání konopných drog za účelem změny stavu vědomí ve snaze ovlivnit prožitek sexuality je velmi rozšířené. Avšak zatímco s oblibou citované starodávné texty referují především o afrodiziakálních účincích konopných drog, moderní výzkumy ukazují, že efekty marihuany jsou determinovány jak užitým množstvím drogy, tak osobností a fyziologií jedince a jeho prostředím a kulturou [4].

Užívání konopí bývá dle dostupných výzkumů nejčastěji spojováno s dřívější a častější sexuální aktivitou a s životním stylem, který zahrnuje dřívější a častější sexuální aktivitu [5], s vyšším množstvím příležitostných sexuálních partnerů, s nepravidelným užíváním antikoncepce a s výskytem sexuálně přenosných onemocnění [např. 6, 7].

Jak bude podrobněji uvedeno níže, výstupy výzkumu sexuality dlouhodobých chronických uživatelů marihuany, jež byl realizován v České republice v roce 2010, potvrzují

dřívější sexuální aktivitu, vyšší počet sexuálních partnerů a zvýšený výskyt méně závažných pohlavně přenosných onemocnění – tedy onemocnění mimo HIV/AIDS a hepatitid typu B a C [3].

DOSAVADNÍ DOSTUPNÉ POZNATKY O RIZIKOVOSTI SEXUÁLNÍHO CHOVÁNÍ

Navzdory celosvětově vysoké prevalenci užívání konopí byla souvislost mezi užíváním této drogy a sexuálním zdravím předmětem jen nepatrného množství populačních výzkumů. Ty studie, které byly dosud provedeny, se zaměřovaly především na adolescenty a mladé dospělé [např. 8, 9, 10, 11, 12].

Cílem nedávného rozsáhlého australského výzkumu [7] bylo nalézt spojitosti mezi užíváním konopí a sexuálním zdravím. Autoři se dotazovali telefonickým šetřením 8656 Australanů ve věku 15–64 let (z nichž 754 užilo marihuanu v předešlém roce, 126 uvedlo denní užívání, 126 týdenní užívání, 502 méně než jednou týdně) na počet sexuálních partnerů v posledním roce, užívání kondomu, diagnózu sexuálně přenosných nemocí a výskyt rozličných sexuálních potíží. Autoři zjistili, že uživatelé konopí – jak muži tak ženy – měli v předešlém roce více sexuálních partnerů než neuživatelé. Denní užívání konopí souviselo u žen s výskytem sexuálně přenosných nemocí, denní užívání u mužů souviselo jednak se zvýšeným výskytem neschopnosti dosáhnout orgasmu, dále však i s jeho příliš rychlým a příliš pomalým dosahováním. Autoři vyvodili závěr, že pravidelné užívání konopí souvisí s vyšším počtem sexuálních partnerů u mužů i u žen, a u mužů dále s neschopností dosahovat orgasmu, tak jak by si sami přáli.

Užívání konopí bylo také ve větší míře spojováno s neheterosexuální identitou, s nižším stupněm dosaženého vzdělání, s nižší pozicí v zaměstnání, a také s jedinci, kteří nebyli v manželském svazku. Dále zde byla zjištěna silná spojitost mezi frekvencí užívání konopí a frekvencí užívání tabáku jak u mužů, tak u žen – mezi denními uživateli konopí bylo 70 % mužů a 69 % žen zároveň denními kuřáky tabáku, oproti pouhým 18 % kuřáků tabáku u ne-uživatelů konopí obou pohlaví [7].

Vlivu konopných drog na rizikové vzorce sexuálního chování se věnuje mnoho studií. Nejintenzivněji byl tento vliv zkoumán v 90. letech minulého století a pokračuje až dodnes. Impulzem k výzkumu byl častější výskyt pohlavně přenosných chorob v čele s onemocněním AIDS. Existuje však velmi málo výzkumů, kde jsou brány v potaz pouze konopné drogy, většina jich je zaměřena i na další substance, převážně na alkohol, tabák, extázi, kokain či opiáty [13].

Například v roce 2002 [14] byl zkoumán vztah mezi užíváním ilegálních drog a rizikovým sexuálním chováním na vzorku studentů ve věku 14 až 21 let na veřejných školách v Sao Paulu v roce 1997. V rámci sexuálního chování drogových uživatelů a neuživatelů byl zjišťován věk prvního sexuálního styku, historie sexuálních styků, užívání kondomu, styk s prostitutkou, aktivní prostituce. Bylo zjištěno, že frekvence sexuálně rizikového chování vzrůstala s výčtem užívaných drog. S nejvyšším sexuálně rizikovým chováním zde bylo spojováno užívání alkoholu a marihuany.

Jedna z prvních longitudinálních studií [15] byla zahájena v letech 1987–1988 na studentech i nestudujících mladých lidech ve věku 19–21 let v USA a trvala následujících pět let. V rámci studie bylo realizováno každoroční dotazníkové šetření na 2071 jedincích, z nichž byly statisticky zpracovány údaje od 952 respondentů (400 mužů, 552 žen), a bylo zde vybráno pět závislých proměnných, potenciálně zvyšujících riziko pravděpodobnosti nakažení se virem HIV – věk prvního pohlavního styku, užití alkoholu nebo jiných drog před pohlavním stykem, počet sexuálních partnerů během života, užívání kondomu, užití alkoholu a užití konopných drog během posledního měsíce. Výsledky ukazují, že věk prvního pohlavního styku byl u pravidelných uživatelů nižší než u neuživatelů. V užití psychoaktivních látek před souloží jsou signifikantní rozdíly mezi pohlavími – látku užije v průměru více mužů než žen. Rozdíly byly zjištěny i v počtu sexuálních partnerů za život a za poslední tři měsíce. Více sexuálních partnerů za život než neuživatelé a experimentální uživatelé měla skupina pravidelných mužských uživatelů, u žen nebyl zaznamenán signifikantní rozdíl mezi jednotlivými kategoriemi. Kondom za poslední tři měsíce užilo více žen než mužů – rozdíly mezi uživatelskými kategoriemi nebyly signifikantní. Nejčastější užití alkoholu a konopných drog za poslední měsíc podle očekávání měla mužská skupina pravidelných uživatelů, dále pak experimentálních uživatelů a neuživatelů. Ze závěrů studie vyplývá, že mužští pravidelní uživatelé, kteří začali tyto substance užívat v mladším věku, jsou více než ženy ve stejné skupině a více než experimentátoři a neuživatelé obou pohlaví zaangažováni v rizikovém sexuálním chování. Ve studii však nebylo rozlišeno užívání alkoholu a konopných drog a všechny výsledky jsou uváděny pro obě substance dohromady.

Další autoři [16] doplňují závěry předchozí studie podobným výzkumem, provedeným na 808 studentech z 18 základních škol v Seattlu, kteří pocházeli z lokalit s vysokou kriminalitou. Tyto jedince začali autoři sledovat poprvé ve věku 10 let (r. 1985) a naposledy ve 21 letech (r. 1996), a zaměřili se na zneužívání návykových látek, včetně alkoholu a cigaret, a na souvislost tohoto užívání se sexuálním chováním mezi 20. a 21. rokem. V tomto výzkumu byla již každá substance sledována zvlášť, a tak autoři mohli zaznamenat u kategorie středně těžkých uživatelů konopných drog a u uživatelů nadměrného množství alkoholu největší nepravdivosti v užívání kondomu a nejvyšší počet sexuálních partnerů. Dalším zjištěním bylo, že uživatelé konopných drog dosahovali vyšších hodnot v sexuálně rizikovém chování, pokud jejich drogová kariéra začala později, a naopak.

Coren [17] na základě dat z výše popsané longitudinální studie [16] dále upřesnil, že jedinci, kteří začali v průběhu zkoumaných let užívat marihuanu, měli v posledním roce výrazně více sexuálních partnerů a méně často používali kondom než jedinci neužívající marihuanu. Autor také spatřuje limit této studie v tom, že zde nebyl zjišťován možný faktor, který by mohl ovlivňovat obojí – jak tendenci k užívání různých návykových substancí, tak tendenci k sexuálně rizikovému chování.

Souvislosti mezi užíváním psychoaktivních látek a rizikovým sexuálním chováním byly předmětem zkoumání také studie [18], ve které autoři zjišťovali, zda 1) časně užívání drog predikuje pozdější sexuálně rizikové chování, 2) časně sexuálně rizikové chování predikuje pozdější užívání drog, 3) existují společné faktory ovlivňující jak užívání drog, tak sexuálně rizikové chování. Studie až na několik výjimek potvrdila vztah mezi užíváním substancí v nižším věku a vyšším výskytem rizikového sexuálního chování a také mezi vyšším výskytem rizikového sexuálního chování v nižším věku a následným užíváním substancí. Avšak vliv jednotlivých substancí na sexuálně rizikové chování zde zkoumán nebyl a výsledky jsou uvedeny opět pro všechny psychoaktivní látky dohromady.

V roce 1996 byl ve Španělsku proveden výzkum 5253 respondentů – reprezentativního vzorku španělské populace (ve věku 18–39 let) za použití kombinace administrovaného dotazníku a rozhovoru. Rizikové sexuální chování (více než jeden partner a nepravdělné užívání kondomu) bylo častější u jedinců, kteří užívali alkohol, konopí nebo kokain [10].

Další autoři [19] se dotazovali adolescentních záškoláků na užívání marihuany, alkoholu a kondomu, a došli k závěru, že užívání marihuany souvisí s nechráněným pohlavním stykem, a dále, že úmysl užít marihuanu při příštím styku doprovází úmysl nepoužít kondom.

Počet sexuálních partnerů je – stejně jako užívání ochrany či výskyt pohlavně přenosných nemocí – často zkoumaným faktorem sexuálně rizikového chování. Z výzkumu z roku 1990, který zjišťoval sexuální aktivitu za poslední rok ve spojitosti s rizikovým chováním, mimo jiné vyplývá, že pohlavní styk s více než jedním partnerem měli za uplynulé období ti, kdo užívali i konopné drogy [11].

Jiní autoři [8] mapovali období posledních 30 dnů u 17 592 studentů. Více než dva sexuální partnery za jeden měsíc uvedli respondenti, kteří za uvedené období užívali také konopné drogy. Užívání konopných drog však bylo také více rozšířeno mezi jedinci, kteří užívali ve zvýšené míře alkohol, než u těch, co tak nečinili.

I další výzkumy, které mapovaly počet sexuálních partnerů za určité období, došli k podobným závěrům. Například v již výše zmíněném výzkumu z roku 1999 [10] byl větší počet sexuálních partnerů spojován s užíváním konopných drog a alkoholu.

Podobně i autoři v roce 2001 [20] uvádějí, že užívání psychoaktivních látek za poslední měsíc a při posledním pohlavním styku je v silném vztahu s realizováním pohlavního styku s více než jedním partnerem za předchozí tři měsíce. Tato studie však psychoaktivní látky rozděluje pouze na alkohol a všechny ostatní substance, včetně konopných drog.

Nověji [9] autoři uvádějí, že mladí (16–24 let) pravidelní uživatelé marihuany častěji než neuživatelé referují o dvou a více sexuálních partnerech v uplynulém roce, a autoři dále potvrzují, že sexuálně rizikové chování se u uživatelů vyskytuje častěji než u neuživatelů.

V první polovině 90. let [21] zkoumali autoři na více než 11 tisících středoškolských studentech, zda je u nich užívání drog ve vztahu se sexuálním chováním, které zvyšuje riziko onemocnění virem HIV. Výzkumníci došli k závěru, že studenti, kteří užívají marihuanu, kokain a další nezákonné substance, se chovají zvýšeně rizikově.

Na vzorku 2580 Jamaičanů [22] ve věku 15–49 let autoři zjistili, že jedinci, kteří kouří marihuanu před pohlavním stykem, mají ve své historii více sexuálně přenosných nemocí než nekuřáci. Rozdíly zde však byly signifikantní pouze u mužů. Ve věku významné rozdíly nalezeny nebyly, kuřáci však byli – ve srovnání s nekuřáky – většinou svobodní, s nižším vzděláním a spíše nezaměstnaní.

A konečně na základě výzkumu 285 mladých lidí, jejichž průměrný věk byl 16,7 let, autoři zjistili, že u těch, kteří užívali marihuanu 1–2× týdně a častěji, se ve větší míře vyskytovaly pohlavně přenosné nemoci [6].

VÝZKUM SEXUALITY UŽIVATELŮ MARIHUANY REALIZOVANÝ V ČR V ROCE 2010

Výzkum sexuality uživatelů marihuany realizovaný v ČR v roce 2010 [3] byl kvantitativní povahy, data byla sbírána dotazníkovou metodou prostřednictvím internetu – k výzkumu byl použit nestandardizovaný dotazník, vycházející z dotazníku pro výzkum sexuálního chování v populaci ČR [23].

Výběrový soubor čítal 202 respondentů – mužů ve věku 30–50 let, středně těžkých a těžkých dlouhodobých uživatelů marihuany (tedy jedinců užívajících marihuanu minimálně 2× týdně, po dobu delší než 2 roky), kteří užívají různé kombinace drog – první část respondentů užívá pouze marihuanu, druhá část respondentů užívá marihuanu a alkohol, třetí část respondentů užívá marihuanu, alkohol a „párty“ drogy (LSD, extázi, halucinogenní houby, kokain). Ze zkoumaného souboru užívá většina respondentů marihuanu denně (55,4 %), necelá třetina respondentů užívá marihuanu 4–5× týdně (28,7 %), zbylí respondenti (15,8 %) užívají marihuanu 2–3× týdně. Průměrná délka užívání marihuany v celém souboru činila 12,3 let (SD = 4,8), nejčastěji byla udávaná délka užívání 15 let. Minimální uvedená délka užívání činila 3 roky, maximální délka užívání pak činila 35 let. Mezi respondenty se vyskytovali zástupci všech úrovní vzdělání. Nejčastěji udávané vzdělání bylo střední s maturitou, které uvedlo 44,1 % respondentů, druhou největší skupinu tvořili respondenti s vysokoškolským vzděláním, to uvedlo 35,6 %. Nejméně zastoupeno bylo v souboru nedokončené základní vzdělání, které uvedl pouze jeden respondent (0,5 %). Respondenti nejčastěji udávali pravidelné zaměstnání (55,9 %), dále pak svobodné povolání, podnikání (37,1 %), a naopak pouze dva respondenti uvedli, že jsou nezaměstnaní (1,0 %). Zbylí respondenti buď studují (2,5 %), nebo mají příležitostné zaměstnání (3,5 %) [3].

Získaná data byla dále statisticky porovnávána (kontingenční tabulky, Chí-kvadrát test nezávislosti proměnných a neparametrický Mann-Whitney test pro dva nezávislé průměry) s daty získanými v rámci výzkumu sexuálního chování v ČR v roce 2008 [24].

Z výše popsaného výzkumu sexuality uživatelů marihuany realizovaného v ČR v roce 2010 [3] zde prezentujeme výstupy vztahující se k rizikovému sexuálnímu chování v těchto oblastech sexuality:

- věk prvního sexuálního styku,
- počet sexuálních partnerek,
- používání ochrany při styku se stálými a náhodnými partnerkami,
- pohlavně přenosné nemoci.

Co se týče věku prvního pohlavního styku, bylo zjištěno, že uživatelé marihuany uskutečnili svůj první sexuální styk průměrně v 16,7 letech. V závislosti na dalších užívaných substancích (alkohol, „párty drogy“) se věk prvního sexuálního styku v souboru uživatelů marihuany nelišil, ovšem ve srovnání s českými muži byl rozdíl ve věku prvního sexuálního styku statisticky významný – respondenti z věkově srovnatelného souboru českých mužů uskutečnili svůj první sexuální styk později, v průměru v 17,6 letech [3].

Co se týče počtu sexuálních partnerek, uživatelé marihuany měli za celý život průměrně 24,05 sexuálních partnerek. V závislosti na dalších užívaných substancích (alkohol, „párty drogy“) se celkový počet sexuálních partnerek nelišil, ovšem ve srovnání s českými muži

byl rozdíl v celkovém počtu sexuálních partnerek statisticky významný – respondenti z věkově srovnatelného souboru českých mužů měli za svůj život průměrně 10,4 sexuálních partnerek [3].

V oblasti používání ochrany při styku se stálými a náhodnými partnerkami bylo zjištěno, že většina uživatelů marihuany (72,4 %) užívá nějakou formu ochrany při styku se stálými partnerkami, a neliší se v této oblasti od českých mužů – z věkově srovnatelného souboru českých mužů užívá nějakou formu ochrany se stálou partnerkou 71,4 % respondentů. Uživatelé marihuany nejčastěji uváděli, že jejich partnerka užívá antikoncepční pilulky, z dalších možností nejčastěji uváděli používání přerušovaného styku a kondomu. V této souvislosti bylo dále zjištěno, že druh a míra používání ochrany se stálou partnerkou v současnosti se nijak výrazně neliší od doby, kdy uživatelé marihuany ještě marihuanu neužívali. Bylo také zjištěno, že nějakou formu ochrany s náhodnou partnerkou užívá 76,2 % respondentů ze souboru uživatelů marihuany, a ani v tomto ukazateli se statisticky významně neliší od českých mužů – ve věkově srovnatelném souboru českých mužů užívá nějakou formu ochrany s náhodnou partnerkou 71,4 % respondentů. Ve styku s náhodnými partnerkami používají uživatelé marihuany nejčastěji kondom. Protože používání kondomu ve styku s náhodnými partnerkami patří mezi významné faktory sexuálního rizikového chování, bylo porovnáváno používání kondomu uživateli marihuany a českými muži, načež bylo zjištěno, že rozdíl není statisticky významný – kondom při styku s náhodnými partnerkami užívá 72,4 % respondentů ze souboru uživatelů marihuany a 68,8 % respondentů z věkově srovnatelného souboru českých mužů. I v této oblasti bylo dále zjištěno, že míra ani druh užívané ochrany s náhodnými partnerkami v současnosti se neliší od míry a druhu užívané ochrany s náhodnými partnerkami před užíváním marihuany [3].

Co se pak týče přenosu pohlavně přenosných onemocnění, bylo zjištěno, že nějakou pohlavně přenosnou nemoc (avšak mimo HIV/AIDS a hepatitid typu B a C) někdy v životě mělo 19,8 % uživatelů marihuany (nejčastěji se jednalo o muňky, kondylomata a kapavku, jeden respondent uvedl syfilis). Ve srovnání s českými muži byl ve výskytu pohlavně přenosných nemocí zjištěn statisticky významný rozdíl – ve věkově srovnatelném souboru českých mužů mělo pohlavně přenosnou nemoc někdy v životě jen 9,7 % mužů, a dokonce žádný z tisíc respondentů populačního výzkumu ČR (provedený Weissem a Zvěřinou v roce 2008 [24]) neuvedl syfilis [3].

Dále bylo zjištěno, že výskyt pohlavně přenosných nemocí se liší v souboru uživatelů marihuany v závislosti na dalších užívaných substancích (alkohol a „párty“ drogy – LSD, extáze, halucinogenní houby, kokain). Uživatelé, kteří užívají pouze marihuanu, měli někdy v životě pohlavně přenosnou nemoc v 16,3 % případů, uživatelé, kteří užívají marihuanu a alkohol, měli někdy v životě pohlavně přenosnou nemoc v 15,0 % a uživatelé, kteří užívají marihuanu, alkohol a „párty“ drogy, měli někdy v životě pohlavně přenosnou nemoc statisticky významně častěji – ve 32,1 %. Zdá se tedy, že v případě pohlavně přenosných nemocí se v souboru uživatelů marihuany potvrzuje předpoklad, že s výčtem užívaných substancí roste sexuální rizikové chování, jehož následkem může být zvýšený výskyt sexuálně přenosných nemocí (k podobnému závěru došli i další autoři [např. 14]).

ZÁVĚR

V současné době se objevuje stále více dokladů o potenciální souvislosti mezi užíváním konopí, zejména intenzivním, a celou řadou zdravotních a sociálních problémů. Avšak rozsah a povaha problémů zjišťovaných u evropských populací uživatelů konopí zůstávají i nadále nejasné. Problematika sexuálního chování a prožívání drogových uživatelů se nachází na pomezí několika vědních disciplín i praktických oborů a odborná literatura se tématem působení psychotropních látek na kvalitu sexuálního života stále dostatečně nezabývá. Jak je patrné z výše uvedeného přehledu, existuje dostatek – zejména zahraničních – studií, které mapují rizikovost sexuálního chování mladistvých drogových uživatelů. Jak ale konkrétní drogy ovlivňují kvalitu sexuálního života – zejména pak z dlouhodobého hlediska a při intenzivním užívání – není stále dostatečně prozkoumáno.

Literatura

1. WHO. *Management of substance abuse. Cannabis: Facts and Figures* [online]. Geneva: World Health Organization, 2008. Dostupné z: http://www.who.int/substance_abuse/facts/cannabis/en/
2. MRAVČÍK, V. a kol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2010. ISBN 978-80-7440-034-6.
3. DOLEŽALOVÁ HROUZKOVÁ, A. *Sexualita uživatelů marihuany*. Praha: FF UK, katedra psychologie. 2010. 215 s., 5 příloh. Vedoucí práce: prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D.
4. NECCO, T. Marijuana and Sex: A Classic Combination [online]. *Cannabis Culture: Marijuana Magazine* [online]. 1998, vol. 14 [cit. 2010-3-07]. Dostupné z: <http://www.cannabisculture.com/v2/articles/1372.html>
5. ABEL, E. L. Marijuana and sex: a critical survey. *Drug and Alcohol Dependence*. 1981, vol. 8, iss. 1, pp. 1–22. ISSN 0376-8716.
6. BOYER, C. B. et al. Sexually transmitted diseases in a health maintenance organization teen clinic: associations of race, partner's age, and marijuana. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 1999, vol. 153, iss. 8, pp. 838-844. ISSN 1072-4710.
7. SMITH, M. A. et al. Cannabis Use and Sexual Health. *The Journal of Sexual Medicine*. 2009, vol. 7, iss. 2pt1, pp. 787–793. ISSN 1743-6095.
8. BELL, R., WECHSLER, H., JOHNSTON, L. D. Correlates of college student marijuana use: results of a US National Survey. *Addiction*. 1997, vol. 92, iss. 5, pp. 571–581. ISSN 0965-2140.
9. BRODBECK, J., MATTER, M., MOGGI, F. Association Between Cannabis Use and Sexual Risk Behavior Among Young Heterosexual Adults. *AIDS and Behavior*. 2006, vol. 10, no. 5, pp. 599–605. ISSN 1090-716.

10. CASTILLA, J. et al. Drug and alcohol consumption and sexual risk behaviour among young adults: results from a national survey. *Drug and Alcohol Dependence*. 1999, vol. 56, iss. 1, pp. 46–53. ISSN 0376-8716.
11. GRAVES, K. L., LEIGH, B. C. The Relationship of Substance Use to Sexual Activity Among Young Adults in the United States. *Family Planning Perspectives*. 1995, vol. 27, no. 1, pp. 18–22. ISSN 0190-3187.
12. ROBERTS, T. A., AUINGER, P., RYAN, S.A. Body piercing and high-risk behavior in adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2004, vol. 34, iss. 3, pp. 224–229. ISSN 1054-139X.
13. BLAHA, T. Lidská sexualita v kontextu akutní intoxikace konopnými drogami. In: *Konopí a konopné drogy: Adiktologické kompendium*. Editor M. MIOVSKÝ. Praha: Grada Publishing, 2008. Kapitola 4.3, s. 240–248. ISBN 978-80-247-0865-2.
14. SCIVOLETTO, S. et al. Use of Psychoactive Substances and Sexual Risk Behavior in Adolescents. *Substance Use & Misuse*. 2002, vol. 37, iss. 3, pp. 381–398. ISSN 1082-6084.
15. STATON, M. et al. Risky Sex Behavior and Substance Use among Young Adults. *Health & Social Work*. 1999, vol. 24, no. 2, pp. 147–154. ISSN 0360-7283.
16. GUO, J. et al. Developmental relationships between adolescent substance use and risky sexual behavior in young adulthood. *Journal of Adolescent Health*. 2002, vol. 31, iss. 4, pp. 354–362. ISSN 1054-139X.
17. COREN, C. Timing, Amount of Teenage Alcohol or Marijuana Use May Make Future Risky Sex More Likely. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2003, vol. 35, no. 1, pp. 49–50. ISSN 1538-6341.
18. BROOK, J. S. et al. Illicit drug use and risky sexual behavior among African-American and Puerto-Rican urban adolescent. *The Journal of Genetic Psychology*. 2004, vol. 165, iss. 2, pp. 203–220. ISSN 0022-1325.
19. KINGREE, J.B., BRAITHWAITE, R., WOODRING, T. Unprotected sex as a function of alcohol and marijuana use among adolescent detainees. *Journal of Adolescent Health*. 2000, vol. 27, iss. 3, pp. 179–185. ISSN 1054-139X.
20. SANTINELLI, J. S. Timing of Alcohol and Other Drug Use And Sexual Risk Behaviors Among Unmarried Adolescents and Young. *Family Planning Perspectives*. 2001, vol. 33, iss. 5, pp. 200–205.
21. LOWRY, R. et al. Substance use and HIV-related sexual behaviors among US high school students: Are they related?. *American Journal of Public Health*. 1994, vol. 84, iss. 7, pp. 1116–1120. ISSN 0090-0036.
22. SIMEON, D.T. et al. Characteristics of Jamaicans who smoke marijuana before sex and their risk status for sexually transmitted diseases. *The West Indian Medical Journal*. 1996, vol. 45, iss. 1, pp. 9–13. ISSN 0043-3144.

23. WEISS, P., ZVĚŘINA, J. *Sexuální chování v ČR: situace a trendy*. Praha: Portál, 2001. 159 s. ISBN 80-7178-558-X.

24. WEISS, P., ZVĚŘINA, J. *Sexuální chování obyvatel ČR-IV*. (Toho času nepublikovaná výzkumná zpráva)

Mgr. Alexandra Doležalová Hrouzková

Studentka Ph.D. studia na katedře psychologie FF UK. Ve svém výzkumu se dlouhodobě věnuje problematice sexuality uživatelů marihuany. V současné době pracuje jako psycholožka v Institutu partnerských vztahů (www.ipav.cz). Výstupy dosavadního výzkumu publikují odborná média (www.drogy-info.cz) i média subkulturní (SoftSecrets, Konoptikum).

Kontaktní adresa: alex.dolezalova@gmail.com

Prof. PhDr. Petr WEISS, Ph.D.

Psycholog, psychoterapeut, soudní znalec v oboru klinická psychologie-sexuologie. Přednáší na katedře psychologie FF UK a na 1. LF UK v Praze. Autor více než 370 odborných publikací publikovaných v domácích i zahraničních odborných časopisech, autor 14 monografií se sexuologickou tematikou.

Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze – katedra psychologie

Celetná 20

116 42, Praha 1

tel.: 221 619 667

e-mail: psychologie@ruk.cuni.cz

<http://psychologie.ff.cuni.cz>

Ústavní léčení sexuálních delikventů a návykové látky

Jan Kožnar

ÚVODEM

V návaznosti na povětšinou teoretické příspěvky, které na konferenci doposud odezdněly, chci navázat svým veskrze praktickým sdělením o klinickém propojení témat sexuality a návykových látek, jak se s ním setkáváme v naší terapeutické praxi při výkonu ochranného léčení sexuálních delikventů, kteří spáchali sexuální trestné činy, byli za ně odsouzeni a bylo jim nařízeno ochranné sexuologické léčení ústavní formou. Tito pacienti byli na žádost soudů odborně psychiatricky, sexuologicky a psychologicky vyšetřeni, byli – pohříchu někdy právem a někdy neprávem, tedy někdy správně a někdy ne tak zcela – seznáni parafilními čili sexuálně deviantními a jsou u nás dlouhodobě hospitalizováni s cílem podstoupit léčení, které zabrání recidivě jejich sexuálně trestního jednání.

Léčení těchto pacientů je založeno na třech hlavních pilířích – na léčbě biologické, režimové a skupinové psychoterapeutické. Biologická část léčby spočívá v medikaci antilibidinózními preparáty, které tlumí tvorbu testosteronu a snižují naléhavost pohlavní touhy. Psychoterapeutická část je založena výhradně na intenzivní práci v terapeutických skupinách s vyloučením individuální formy terapie po vzoru minnesotské školy. Jejím cílem je vypracovat u pacientů kvalitní náhled na jejich poruchu sexuálního motivačního systému na úrovni symptomatické, interpersonální i anamnesticko-historické a snažit se kvalitní kognitivní i emoční aktivitou ve skupině vyloučit riziko sexuální recidivy. Jde o terapii založenou z velké části na koncepci „relaps prevention“, což je paradigma pocházející právě z oblasti léčení alkoholického a protitoxikomanického.

Režimová část naší terapeutické práce je adiktologické praxi terapie velmi dobře známa a máme velmi podobná a společná východiska, nejen teoretická, ale dokonce i historická. Vždyť první terapeutická komunita pro léčení sexuálních delikventů byla založena v Psychiatrické léčebně Horní Beřkovic kolegou a přítelem Slavomilem Hubálkem a jeho primářkou léčebny, nedávno zesnulou MUDr. Janou Zimanovou již v roce 1974 a vycházela výrazně z kognitivních i emočních darů, poznatků a zkušeností doc. MUDr. Jaroslava Skály a MUDr. Jaromíra Rubeše, kteří byli našimi velkými učiteli v rámci výcvikově terapeutického systému SUR a kteří byli oba dlouhodobě činní v psychiatrické terapii závislosti na návykových látkách. Aplikací tehdy známých a užívaných principů zejména protialkoholní režimové a skupinové „skálovské“ terapie při práci se sexuálními delikventy a devianty dosáhli tehdy

kolegové v Horních Beřkovicích revolučního zvratu ve výsledcích sexuologického léčení a prokazatelně mnohonásobně snížili skór recidivity sexuálních pachatelů trestných činů. Po jejich vzoru následovalo v pozdější době založení sexuologických oddělení v dalších psychiatrických léčebnách, včetně té naší.

Toto jsou tedy paralely a odborná, osobní i historická propojení témat protialkoholního a sexuologického léčení a ve svém příspěvku se pokusím o zmapování aktuálního propojení témat sexuologie a adiktologie – na úrovni současného stavu v jednom konkrétním nemocničním sexuologickém oddělení bohnické psychiatrické léčebny.

Dovoluťe ještě jednu osobní asociaci a úvahu: při poslechu probíhajících konferenčních příspěvků jsem si uvědomil svou odbornou cestu, lišící se od profesního vývoje mnoha mých kolegů. Zatímco mnozí mí přátelé a kolegové se pohybují od klinické praxe k teorii a výzkumům, já si jsem stále více vědom toho, že má cesta je spíše opačná: od mnohých a povinných výzkumů, na kterých jsem pracoval zejména v 80. letech v bratislavském Výzkumném ústavu dětské psychologie a patopsychologie, ke stále výrazněji konkrétní klinické praxi v psychoterapii. Nevím, mám-li být se svou dráhou spokojen a není-li jen výrazem mé nechuti psát, ale v současnosti považuji svou práci s pacienty za velmi zajímavou, cennou, užitečnou a i osobně inspiřující a smysluplnou.

Můj příspěvek bude tudíž výrazně praktickým sdělením o konkrétních sexuologických pacientech našeho oddělení a nebude si činit nároky na vážnější zobecnění.

VÝCHODISKA A IDEOLOGIE OCHRANNÉHO SEXUOLOGICKÉHO LÉČENÍ ÚSTAVNÍ FORMOU

Považuji za důležité zmínit zde alespoň základní teoretickou koncepci, o kterou se v naší terapeutické péči o pachatele sexuálních deliktů opíráme. Dlouhodobě úspěšnou léčbu sexuálních delikventů na režimovém oddělení primariátu ochranného léčení bohnické psychiatrické léčebny lze charakterizovat následujícími kognitivními předpoklady:

- Sexuální orientace a preference nejsou věcí volby jedince (tudíž ani otázkou viny).
- Jsme přesvědčeni o biologické determinaci sexuality a o existenci neurofyziologicky definovaného sexuálního motivačního systému.
- Uznáváme relativně ohraničený koncept sexuálního motivačního systému a koncept osobnosti jako dvou entit, které vzájemně silně interagují, ale existují vedle sebe.
- Parafilie tudíž není vadou charakteru, a pokud má sexuální delikvent parafilii i poruchu osobnosti a charakterových rysů, jde o komorbiditu.
- Podobně parafilie nesouvisí s morální úrovní pacienta, zatímco delikt ano.
- Ne každý pedofil je delikventem, a ne každý sexuální delikt vůči dítěti (pedosexuální) je spáchán pedofilem.
- Sexuální chování není totéž co struktura sexuality (daná sexuálními motivačním systémem). Odlišujeme vnitřní svět člověka (prožívání, fantazie, emoce, myšlenky, motivy...) a jeho chování.

- Hranice mezi chováním a vnitřním světem člověka má být pevnou, reflektovanou a cílevědomou. Budování a zpevnování této hranice je podstatnou součástí našeho psychotherapeutického působení a její pevné vytvoření je obvykle jedním z pilířů úspěšné psychotherapie, kdy pacient nerecidivuje.
- V sexuologické léčbě je obzvláště důležitá hranice mezi sexuálním chováním a fantaziemi. Delikventním může být jenom chování.
- Základním cílem léčení je zabránit opakování delikventního sexuálního chování se zřetelem k zachování kvality života pacientů. Nedokážeme měnit sexuální preferenci člověka, parafilie je celoživotní a trvalou charakteristikou individua.

PRŮZKUM POSTOJŮ K NÁVYKOVÝM LÁTKÁM A K JEJICH UŽÍVÁNÍ

Rozhodli jsme se zjistit, jak na tom jsou v této tak důležité oblasti naši pacienti, kteří se mnohdy dostali do potíží se zákonem a i sami se sebou a se svou sexualitou právě i v souvislosti s užíváním různých návykových látek. Zrealizovali jsme průzkum toho, jaký mají naši pacienti postoj k návykovým látkám, jaké s nimi mají zkušenosti a jaké jsou jejich záměry do budoucna. Průzkum jsme zorganizovali v rámci důvěrného komunitního setkání, jehož se zúčastnilo všech 21 pacientů hospitalizovaných na našem oddělení. Z personálu jsme byli přítomni 3 terapeuti, přičemž při nejkritičtějších otázkách, při nichž by se mohli pacienti cítit ohroženi, jsem zůstal sám. Pacientům jsem vysvětlil naše záměry, kterými nebylo zjišťování žádných poznatků o jedincích, nýbrž naopak zjištění celkového obrazu o užívání návykových látek z výzkumných důvodů. Pacienti ke mně mají značnou dávku důvěry a respektu a lze předpokládat, že nepotřebovali disimulovat či jakkoliv zkreslovat informace. Při nejkritičtější a nejrizikovější otázce o tom, zda některý z nich porušil i v průběhu léčení tvrdě vyžadovanou abstinenci, si jeden z novějších a vztahovačtějších pacientů prosadil, aby byla odpověď na tuto otázku psána anonymně na lístky.

Zkoumaný vzorek je tedy kompletním souborem přítomných léčených pacientů. Jejich věk se pohybuje od 18 do 52 let. Délka pobytu na oddělení je individuální a odpovídá průběhu a pokroku v léčení. Nejkratší dobu pobývali na našem oddělení 2 noví pacienti – jen několik měsíců, nejdéší pobyt z přítomných měl naopak jeden pacient – 5 let a 6 měsíců. Vzdělanostní úroveň a inteligence přítomných byla velmi různorodá, od mentální retardace až po nadprůměrné IQ. Všechny tyto, jakož i další proměnné nepovažujeme vzhledem k cílům sledování za podstatné. Jak již bylo řečeno, šlo nám o zmapování situace na daném oddělení v průřezu celého souboru daných pacientů a probíhajícího času.

VÝSLEDKY PRŮZKUMNÉHO ZJIŠŤOVÁNÍ

Na první, pravděpodobně nejzajímavější a nejfrekventovanější obecnou otázku o tom, jaké procento sexuálních trestných činů je spácháno pod vlivem alkoholu či jiných drog, odpovídá tabulka 1. Je z ní patrné, že přesně dvě třetiny našich pacientů spáchali některé ze svých trestných činů ovlivnění alkoholem či jinou návykovou látkou. Tento výsledek poměrně dobře koresponduje jak s našimi klinickými zkušenostmi, tak s obecně sdíleným názorem, že u mnoha sexuálních zločinů hrají alkohol a jiné drogy poměrně důležitou roli, přinejmenším jako spouštěč odbržděného chování.

TABULKA 1 – KOLIK Z 21 ÚSTAVNĚ LÉČENÝCH SEXUÁLNÍCH DELIKVENTŮ SPÁCHALO JEDEN ČI VÍCE DELIKTŮ POD VLIVEM NÁVYKOVÉ LÁTKY

alkohol	7	33 %
marihuana	2	9,5 %
pervitin	3	14,3 %
alkohol a pervitin	2	9,5 %
celkem	14	67 %

Hned v následujících údajích (tabulka 2) jsme si ověřovali v podstatě vědomosti a „uvědomělé“ přesvědčení našich pacientů o tom, že jejich sexuální kriminalita není primárně způsobena stavem změněného stavu vědomí v důsledku požití návykové látky. Ze 14 pacientů, u nichž při jejich trestném činu hrály návykové látky jistou roli, jich více než polovina (8) odpověděla „správně“ a snad i naučeně, že by pravděpodobně sexuální zločin spáchali i bez „podpory“ návykovou látkou. Takovéto poznání je součástí našeho teoretického přesvědčení o funkci sexuálního motivačního systému a pacienti jsou k němu v průběhu léčení vedeni. Skeptik může namítat, že pacienti se adaptují našim požadavkům a říkají nám to, co chceme slyšet, hrají svou roli napravujících se hříšníků. Já k tomu dodávám, že poznání nemůže být zlem, tím je naopak nevědomost. K poznání také patří vědomosti o tom, co je od naší role v životě požadováno. Budeme-li naplňovat správné požadavky, kladené na roli sociálně adjustovaného člověka, nebudeme páchat sexuální kriminalitu, ani když budeme mít narušený sexuální motivační systém. Osvojení si role zkrátka patří ke zdravé socializaci. Pacienti, kteří pochopili, že příčinou jejich abnormního sexuálního chování nebyla droga, nýbrž jejich porucha sexuální touhy motivačního systému, jsou blíže k tomu, aby dokázali svou deviovanou sexuální touhu socializovaně ovládnout, nežli ti, kteří se mylně domnívají, že za jejich selhání může droga.

TABULKA 2 – KOLIK Z NAŠICH PACIENTŮ JE PŘESVĚDČENO, ŽE BY SEXUÁLNÍ TRESTNÝ ČIN SPÁCHALI I BEZ UŽITÍ NÁVYKOVÉ LÁTKY

	ANO	NE
alkohol	4	3
marihuana	1	1
pervitin	1	2
alkohol a pervitin	2	
celkem	8	6

V tabulce 3 záměrně používám s jistou nadsázkou slova „cílevědomost“, když se snažím popsat, kolik pacientů je schopno si uvědomit, že požití návykové látky bylo vlastně již součástí a jistou formou přípravy na uspokojení deviované sexuální touhy a na její realizaci. Otázka zněla: „Kolik z vás si bralo návykovou látku s tím cílem a odhodláním, že posléze se půjde pokusit uspokojit svou sexuální potřebu svým způsobem?“ Z odpovědí vyplynulo, že 2 si tuto skutečnost plně uvědomují a přiznávají a dva váhají, resp. nenachází zatím dosti odvahy k tomu, aby si tuto skutečnost přiznali. V každém případě to není vysoké procento našich pacientů a je dosti možné, že odpovídá skutečnosti. Mnozí pachatelé sexuálních deliktů si je opravdu neplánují předem a nepoužívají drogu takto cíleně a záměrně. Ona jen

potom svým deliberizujícím účinkem napomůže k uskutečnění něčeho, na co pravděpodobně potřebovali být „posílení“ snížením či odbouráním určitých zábran.

TABULKA 3 – „CÍLEVĚDOMOST“ POŽITÍ NÁVYKOVÉ LÁTKY

alkohol	1
alkohol a pervitin	1
nebyli si jisti	2
celkem	4

V našem průzkumu následovala otázka, zda byl u některého z přítomných pacientů delikt spáchán hned při jejich premiérovém požití návykové látky. K tomu se nepřihlásil žádný z nich. Opět docela očekávaný výsledek. Dle našeho přesvědčení je primárním činitelem delikventního chování deviovaný sexuální motivační systém, nikoli droga.

V tabulce 4 je uveden výsledek, který je pro nás z hlediska našich terapeutických cílů velmi důležitý – napovídá něco o přesvědčivosti našeho terapeutického procesu. Byli bychom docela rádi, kdyby naši pacienti převzali naši ideologii, že větší jistotou pro nulovou sexuální recidivu v budoucnosti je pro ně totální abstinence, a to i v tom případě, pokud nespáchali delikt pod vlivem návykové látky. V průběhu ústavního léčení musí pacienti zcela a dlouhodobě abstinovat a přesvědčujeme je o tom, aby tak činili i v budoucnu po přechodu z ústavní do ambulantní formy léčení, tedy po propuštění z našeho oddělení. Jak lze vidět z výsledků uvedených v tabulce, příliš úspěšní v tomto náročném snažení nejsme. Jen 5 pacientů z celkového počtu 21, kteří někdy v životě požíli alkohol, přežalo naši ideologii a alespoň proklamativně chce zůstat celoživotními abstinenty. Není to sice vysoké číslo (méně než 25 %), ale vezmeme-li v úvahu, v jak alkoholické zemi žijeme, není to zase tak málo. Poněkud lepší situace je v otázce nealkoholových drog, kde více než 50 % (11) z celého výzkumného vzorku chce abstinovat i v budoucnu, a přitom jich 13 zkušenost s užíváním takovýchto látek mělo. Celkové číslo těch, kteří nechtějí „fetovat“, je tedy 19 z 21 (neboť ti, kteří tak zatím nečinili, chtějí i nadále od nealkoholových drog abstinovat) a pouze 2 počítají s tím, že se svého požitku nevzdají a po léčbě se k němu hodlají vrátit. Je možné, že to byli právě dva velmi mladí pacienti (18 a 21 let), kteří mají oba poměrně dlouhodobou kariéru kuřáků marihuany, a vzhledem ke svému krátkému pobytu na oddělení zatím nepodlehli naší terapeutické indoktrinaci. Tuto hypotézu zčásti potvrdil další průběh jejich léčení, kdy asi dva týdny po sbírání předkládaných dat oba selhali v léčebném režimu, když požíli marihuanu, což jim bylo prokázáno kontrolními odběry, a oba byli v léčbě sankcionováni.

TABULKA 4 – KOLIK Z PACIENTŮ JE V BUDOUČNU ROZHODNUTO ABSTINOVAT

alkohol	5 (z 21)
jiné návykové látky	11 (ze 13)

Na poslední slova navazují zjištění uváděná v tabulce 5. Zde položená otázka byla pro pacienty nejkritičtější a nejvíce ohrožující, proto si posléze vyžádali, aby na ni mohli odpovědět anonymně na lístečkách. Ptal jsem se, kolik z nich porušilo v průběhu jejich ústavního léčení na našem oddělení nařízenou a přísně sledovanou abstinenci. Odpověď byla poměrně překvapující, protože plná třetina z nich tak neucinila ani požitím alkoholu, ani jiných drog, a to přesto,

že jejich léčení probíhá dlouhou dobu. Mám tendenci jim důvěřovat. 13 našich pacientů, tedy 62 %, se přiznalo k požití alkoholu někdy v průběhu léčení a jen jeden přiznal požití jiné návykové látky. Domnívám se, že výsledky jsou poměrně realistické, strážlivé a můžeme s nimi být spokojeni. Požadavek úplné abstinence je ve společnosti s tak vysokou mírou tolerance zejména k alkoholu takřka extravagantní. Jak již bylo uvedeno, dnes by bylo třeba přidat dva pacienty do počtu těch, kteří v průběhu léčení nealkoholovou drogu, konkrétně marihuanu, požili a byli přistiženi. Počet těch, kteří v našem průzkumu přiznali užití návykové látky v průběhu léčení, je vyšší nežli počet pacientů, kterým bylo při občasných kontrolách užití látky prokázáno, což také nasvědčuje důvěryhodnosti i důvěře pacientů při průzkumu i celkově v léčení.

TABULKA 5 – KOLIK Z PACIENTŮ NĚKDY PORUŠILO VYNUCENOU ABSTINENCI V ÚSTAVNÍM LÉČENÍ

alkohol	13
jiné návykové látky	1
neporušili	7

V dalším zjišťování nás zajímalo, jaká byla míra konzumace návykových látek u našich pacientů ještě před tím, než se dostali pro své sexuální delikty do konfliktu se zákonem. Byli jsme zde pochopitelně odkázáni na jejich sebezposouzení a schopnost i ochotu si přiznat skutečnost. Přehled je uveden v tabulce 6. Na první pohled je podezřelé, že jen 14 z nich se přihlásilo k užívání alkoholu před deliktem alespoň jedenkrát měsíčně. Je to však možné, sám vím o 4 pacientech, kteří uváděli, že alkohol takřka nikdy nepili. Někdo si také mohl vysvětlit otázku v tom smyslu, že se ptáme na dění a jeho posuzování krátce před deliktem, a mohly se objevit i jiné zdroje zkreslení, jako třeba nepochopení otázky, významně snížený intelekt, nepozornost apod. Při takto rezervovaném pohledu vidíme, že ve vzorku 21 pacientů jich 5, tedy takřka čtvrtina, uvádí, že konzumovali alkohol vícekrát týdně, a dalších 5 takto často konzumovalo jiné drogy. I přes možné nepřesnosti vidíme, že se potvrzuje laické přesvědčení o značném propojení sexuální delikvence a drog včetně alkoholu, protože téměř 50 % našeho souboru přiznalo „častější“ konzumaci návykových látek.

TABULKA 6 – SEBEPOSOUZENÍ UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK PŘED DELIKTEM

jedenkrát měsíčně	2 alkohol
jedenkrát týdně	7 alkohol
	1 pervitin + marihuana
častěji	5 alkohol
	5 ostatní návykové látky

Dále uvádíme sexuálně-anamnestické zjištění o prvním sexuálním styku dle údajů pacientů a v tabulce 7 vidíme, že 9 z našich pacientů absolvovalo svůj sexuální „debut“ pod vlivem návykové látky, což se nám jeví jako poměrně vysoké číslo, napovídající jednak již zmíněné vysoké míře „alkoholizace“ naší země, a jednak propojenosti zážitků sexuálních a drogových. Asi lze i očekávat, že v zemi s vysokou mírou konzumace alkoholu a jiných návykových látek bude takováto konzumace přítomna i při sexuálních zážitcích, včetně těch premiérových. Troufnu si zde hypotetizovat, že v těchto zkušenostech se asi naši pacienti nebudou

příliš lišit od zbytku populace. Když jsme se navíc našich pacientů dotázali, kdo z nich byl již v době prvního pohlavního styku pravidelným uživatelem návykové látky, přihlásili se 3 konzumenti alkoholu. U nich alkohol předcházel koitální sexuální aktivitě, což také není v naší zemi příliš překvapující. Bylo by samozřejmě výhodné, kdybychom mohli naše údaje porovnat s kontrolní skupinou, ale protože si v našem průzkumu nečiníme nároky na splnění vážnějších výzkumných kritérií a nemáme ambice činit z našich výsledků nějaká vážná zobecnování, vzdali jsme se předem toho, abychom se snažili o získání kontrolní skupiny k našemu zkoumanému vzorku.

TABULKA 7 – ANAMNESTICKÉ ÚDAJE

první sex. styk pod vlivem návykové látky	9 alkohol
pravidelní uživatelé již při prvním sex. styku	3 alkohol

Z odpovědí na některé z dalších zvědavých otázek, které jsme si pro naše pacienty připravili, zveřejňujeme ještě několik výsledků (tabulka 8), které označujeme jako patientské domněnky, neboť se zde můžeme jen a jen spoléhat na jejich vzpomínky a posouzení, které zdaleka nemusí odpovídat realitě, což se v oblasti sexuality děje velmi často u většiny z nás, zejména mužů.

9 našich pacientů se domnívá, že konzumace alkoholu zvyšovala jejich pohlavní touhu, jednomu měla tuto radost činit marihuana a čtyřem pervitin. Pokud jde o zlepšení a umocnění sexuálního prožitku, tam tento efekt uváděli 3 pacienti po alkoholu, 4 po marihuaně a 4 po pervitinu. Bylo-li tomu tak skutečně, anebo si to pacienti katatymně zkrslují, anebo jde dokonce o součást jejich pseudoracionalizací ke zdůvodnění konzumace návykových látek, nelze spolehlivě uzavírat.

Níže jsou naopak uvedeny počty těch, kteří uvedli, že droga měla na jejich sexuální touhu a prožitek vliv negativní: snížení pohlavní touhy po alkoholu konstatoval 1 pacient a po spojeném užití alkoholu a pervitinu také jeden. Na zhoršení sexuálního prožitku si pak postěžovali 3 pacienti po alkoholu a 2 po pervitinu. Tito pacienti shodně uváděli, že se ve své konzumaci dostali zkrátka do fáze, kdy už droga zhoršovala kvalitu prožívání sexuality, přitom shodně uváděli, že tomu tak nebylo hned od počátku. Takto popisují vliv průběhu konzumace drog na sexualitu mnozí naši pacienti, resp. ti, kteří mají dlouhodobější historii v drogách, tedy dostatečně dlouhou drogovou kariéru.

TABULKA 8 – DOMNĚNKY PACIENTŮ O VLIVU NÁVYKOVÝCH LÁTEK NA JEJICH SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ

Zvyšování pohlavní touhy	9 alkohol
	1 marihuana
	4 pervitin
Zlepšení a umocnění prožitku	3 alkohol
	4 marihuana
	4 pervitin
Zhoršení sex. prožitku	3 alkohol

	2 pervitin
Snížení pohlavní touhy	1 alkohol
	1 alkohol + pervitin
Prodloužení doby sexuální aktivity	9 alkohol
	5 pervitin
Schopnost opakované soulože	5 alkohol
	5 pervitin

ZÁVĚR

V naší přehledné studii jsme uvedli a popsali jednorázové zjištění o užívání návykových látek u našich 21 sexuologických pacientů, podrobujících se ochrannému sexuologickému léčení ústavní formou na primariátu ochranného léčení PL Bohnice. Vycházíme z údajů, které nám poskytl kompletní soubor našich právě hospitalizovaných pacientů, a nepokoušíme se o jakékoli generalizace ani na populaci sexuologických či psychiatrických pacientů, tím spíše na populaci obecnou. Získané údaje posloužily našemu léčebnému týmu k tomu, abychom si činili závěry o některých aspektech probíhajícího léčení, týkajících se postojů, názorů a chování našich pacientů ve vztahu k návykovým látkám. V tomto smyslu posloužila konference „Sexualita a drogy“ i našim terapeutickým cílům a k hlubšímu porozumění terapeutickému procesu. Posloužila nám jako užitečná inspirace ke kladení si otázek a k zamyšlení. Posloužil-li náš příspěvek i k zamyšlení účastníkům konference, byl jeho cíl naplněn.

Doc. PhDr. Jan Kožnar, CSc.

Vystudoval psychologii v Bratislavě, specializoval se na klinickou psychologii. Do roku 1978 pracoval na Psychologické výchovné klinice v Bratislavě, později ve Výzkumném ústavu dětské psychologie a patopsychologie v Bratislavě. V současné době působí v Psychiatrické léčebně Bohnice, kde se zabývá psychoterapií sexuálních delikventů, přednáší rovněž na katedře psychologie PedF UK v Praze, PedF Univerzity J. E. Purkyně v Ústí n. Labem a na katedře psychologie University of New York in Prague.

Psychiatrická léčebna Bohnice

Ústavní 91
181 02 Praha 8
tel.: 284 016 111
www.plbohnice.cz

„Není to moje vina...“ aneb Sexuální zneužívání a následná psychosomatická traumata

Jana Spilková

SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ

Sexuální zneužívání je **vše, co není souhlasný sex**. Normální jsou aktivity, které se odehrávají mezi psychosexuálně dostatečně zralými a pokrevně v přímé linii nespřízněnými partnery a které nevedou k jejich psychickému nebo tělesnému poškození.

Podle Rady Evropy z roku 1992 zní definice takto: **sexuální zneužívání dítěte** je nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoliv sexuální dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoliv, komu bylo dítě svěřeno do péče, anebo kýmkoliv, kdo se s dítětem dostal do nějakého styku.

Přístup dnešního člověka je ovlivněn kulturně historickým hlediskem. Je třeba si uvědomit, v jakém století a v jaké zemi žijeme, jaké zákony v naší zemi platí. Pozornost k tomuto tématu se začala obracet ve dvacátých letech 20. století.

Z medií často přicházejí „informace, jak si co nejlépe v sexu užít“. Vycházíme však z toho, že odborný přístup k tomu, co je normální a co parafilní zaměření, je esencialistický (na rozdíl od sociálně konstruktivistického přístupu). Hovoříme o **sexuálně motivačním systému**, kdy parafilie je kvalitativní odchylka od jeho struktury.

KOMERČNÍ SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ

Tento fenomén se rozmáhá koncem 20. století. Oběti bývají ve většině případů zneužité ještě před zavlečením do obchodu se sexem. Na rozdíl od CSA (sexuálně zneužívaného dítěte) zde oběť disponuje určitou mocí. K „přežití“ si vytváří novou osobnost – tváří se drsně, rezervovaně, vytváří dojem, že se jí to líbí.

OBRANNÉ MECHANISMY:

- racionalizace (práce hostesky)
- hrdost na vlastní soběstačnost

- materialistický postoj
- anonymita
- zneužívání drog
- disociace
- stoicismus (předstírání vyrovnanosti)

Oběti se řídí pravidly specifickými pro jejich vlastní prostředí – „pravidly ulice“ – kde dosahují uznání mezi vrstevníky. Nemají náhled na své chování, nevnímají jeho neobvyklost. Přehlížejí obvyklé kulturní normy.

TŘI TYPY PROFILŮ OBĚTI

- **Typická oběť:** oběti byly již dříve vystaveny sexuálnímu násilí. Jejich prostituování je patologickou reakcí, jak se vyrovnat s tím, co jim bylo v dětství odepřeno.
- **Ekonomický typ:** společným jmenovatelem je nedostatečné vyladění sebepojetí dítěte, které je příčinou obavy z nepřijetí či vyčlenění z kolektivu vrstevníků. Příčinou bývá touha získat peníze na něco, co ostatní mají.
- **Zábavný typ:** příčinou bývá touha po zábavě, naivita, touha imponovat druhému pohlaví, být něčím víc. Nestojí o peníze, ale o zábavu. Počítají počty zážitků.

Sexuální zneužití můžeme dělit dle různých **typů:** např. na bezdotykové a dotykové, extra- a intrafamiliární, komerční a nekomerční, duální a skupinové.

Pojem zneužití pak označuje různé **formy** koitálního styku, aktivní i pasivní orogenitální aktivitu, masturbaci či osahávání jiných částí těla, a to za účelem dosažení sexuálního vzrušení pachatele. Pachatelé si dávají pozor, provozují praktiky, které nezanechají následky, a tudíž je poté objektivní nález bez patologie.

Závažnost zneužívání souvisí s délkou traumatu, s mírou použitého násilí a s věkem oběti. Kromě tělesného zranění mají tato traumata dramatický vliv na psychosexuální vývoj oběti. Možné následky – emocionální, tělesné, psychosomatické – se liší dle věku dítěte.

EMOCIONÁLNÍ REAKCE A ZMĚNY CHOVÁNÍ SEXUÁLNĚ ZNEUŽÍVANÝCH DĚTÍ

Do 3 let mohou být někdy pocity i příjemné, často se objevuje přecitlivělost, ale i strach, úzkost, zmatek. V chování se objevuje:

- nechutenství,
- poruchy spánku,
- strach z cizích lidí,
- věku nepřiměřené chování,
- sexuální hry.

Mezi 3. a 6. rokem se přidává pocit hanby, viny, vztek, potřeba ochrany, bezmocnost, pocity poškození. V chování to může být:

- regresivní chování (pomočování, žvatlání, vzteklé bušení pěstmi),
- poruchy spánku, denní snění,
- agresivita,
- onanie na veřejnosti.

Děti ve věku **6–9 let** mají ambivalentní pocity k dospělým, zmatené chápání pohlavních rolí v rodině, pociťují nedůvěru. V chování to je:

- sociální zaostávání,
- somatické potíže (bolesti hlavy, břicha, poruchy spánku, poruchy příjmu potravy)
- záhadné chování,
- problémy ve škole,
- snížení sebekázně a sebeovládání,
- neúměrně časté a dlouhé koupání,
- sexuální výstřelky,
- málo přátel a normálních vztahů s vrstevníky.

Děti ve věku **9–13 let** mívají výše uvedené pocity, navíc trpí poruchami sebehodnocení, myšlenkami na sebevraždu. V chování se přidává:

- manipulativní chování vůči ostatním,
- sexuální zneužívání malých dětí,
- promiskuitní chování.

U dětí ve věku **13–15 let** se objevuje:

- konfliktní přejímání vlastní pohlavní role,
- změny sexuálního citění,
- destruktivní chování vůči sobě,
- konzumace drog a alkoholu,
- využívání jiných,
- převzetí role oběti,
- vyhýbání se tělesné a emocionální intimitě.

MOŽNÉ NÁSLEDKY SEXUÁLNÍHO NÁSILÍ

TĚLESNÁ POŠKOZENÍ:

- rány způsobené kousnutím v oblasti genitálií
- škrábance na hyždích
- krvní podlitiny na erotogenních zónách, vnitřní straně stehen, kolem konečníku
- sexuálně přenosné choroby

PSYCHOSOMATICKÉ NÁSLEDKY:

- poruchy spánku, koncentrace
- vadné držení těla

- kožní nemoci, alergie
- poruchy příjmu potravy
- bolesti hlavy, břicha
- pomočování
- gynekologické a urologické poruchy, potíže při menstruaci, v těhotenství, výtoky

EMOCIONÁLNÍ ZMĚNY:

- fobie
- regresivní chování
- agresivní chování
- problémy ve vztazích
- pochybnosti ve vlastním vnímání světa
- disociace osobnosti

Autoagresivní jednání – posedlost určitou činností (automaty), vytrhávání vlasů, pálení se cigaretou, ničení oděvu, kousání nehtů, drogová závislost, sebevražedné pokusy.

Následky v sociálním chování – uzavřenost, samotářství, nedůvěra, předčasně zralé chování nebo naopak regrese, ztráta motivace, potřeba moci nad druhým nebo naopak extrémně bezmocné chování, útky z domova, delikvence.

Následky pro sexuální chování – sexualizované chování, neúměrná sexuální zvědavost, veřejné obnažování genitálií, promiskuitní chování, prostituce, sexuálně agresivní chování, negování sexuálních potřeb.

Rizikové faktory, které přispívají k možnosti sexuálního zneužití:

- sociální prostředí – nízký příjem v rodině, nedostatečné vzdělání, nedostatečné sociální dovednosti – komunikace, chybí pozitivní vzory, izolace od okolí, v rodině nedostatek soukromí; antisociální vrstevnické skupiny
- dysfunkčnost rodiny, způsob výchovy v rodině – neúplné rodiny, rozvodové a porozvodové spory, ztráta rolí (otec, matka), deficit autority, chybí důvěra; násilné chování jako řešení konfliktů
- nedostatečná sexuální výchova
- nemoc v rodině
- děti s nízkým sebehodnocením, jsou závislé na svém okolí
- otevřenost či možnost se někomu svěřit
- dítě s postižením

Dítěti, které se stane obětí **neznámého agresora**, se většinou dostane pozornosti okolí. Rodina se snaží pomoci, vyhledá i odbornou pomoc. Včasná krizová intervence je možností, jak zamezit rozvinutí posttraumatické stresové poruchy. Na druhé straně oběť sexuálního zneužívání **v rodině** je v pasivní roli. Často nemá šanci odporovat, straní se okolí, přichází o kamarády. Nikdo, často ani matka, není schopen či ochoten dát dítěti podporu.

Okolí, i lidé z pomáhajících profesí, je často situací zaskočeno. Ve snaze pomoci mohou v důsledku toho, že neví, jak situaci řešit, zapříčinit **sekundární viktimizaci**. Je to situace, kdy dítě opakovaně musí vyprávět o svém utrpení, a je tak opakovaně zraňováno.

Dojde-li k vyšetřování situace, bývá oběť navíc často poškozena tím, že bývá dlouhá prodleva s oznámením trestného činu. Popření je nejběžnější formou vyrovnání se se stresem, je to odraz bezmoci.

Je formulován **syndrom dětského přizpůsobení sexuálnímu zneužití**:

- utajování (pachatel dítě psychicky vydírá: „nebudu tě mít rád“, „maminka se to dozví“, preference před sourozenci, „chceš, aby mne zavřeli do vězení“, někdy i vyhrožování, ale i peněžní úplatky)
- bezmocnost
- svedení a přizpůsobení se (polapení do pastí)
- opožděné, nepřesvědčivé a konfliktní odhalení
- odvolání svého tvrzení

Konfrontace prožitku s realitou okolního světa vychází často v neprospěch dítěte. Dítěti se nesvěří, často neví komu, dospělí jsou proti němu, odmítají jeho tvrzení, a dítě je pak zbaveno jakékoliv naděje na důvěryhodnost.

Následky sexuálního zneužití byly zpočátku spojovány pouze se sexuální dysfunkcí, depresí a sníženým sebehodnocením. Odborníci sledovali psychiku dítěte a vypracovali **koncepty traumatického vlivu na dítě**, kterou tvoří čtyři faktory:

- traumatická sexualizace,
- zrada,
- bezmocnost,
- stigmatizace.

Tyto faktory zhoršují u dítěte vývoj emoční, kognitivní, vztah ke světu i k sobě. Pokud dítěte zvládnout trauma vede k poruchám chování. Děti, které byly traumaticky sexualizovány, mají často **zmatené chápání své sexuality** a zvláštní emoční asociace k sexuální aktivitě v dospělosti, mívají pocity ztráty sexuální identity (obava z homosexuality).

Zneužitě dítě **nerozlišuje mezi sexem a láskou**, mezi tím, kdy má péči přijmout a kdy má samo pečovat, zda více přijímat nebo dávat. Bezmocnost je procesem zbavení síly – s dítětem je manipulováno. Následuje percepce sebe jako oběti, někdy identifikace s agresorem.

Stigmatizace ovlivňuje velmi negativně sebehodnocení. Vliv má to, jaké hodnocení slyší od okolí. „Odlišnost“ od okolí může vyústit až k sebedestruktivnímu chování, k sebevraždě.

V důsledku sexuálního zneužívání může vzniknout posttraumatická stresová porucha (PTSD), je protrahovaná reakce na stress. Vyvíjí se v důsledku prožití život ohrožující události. Lidé často znovu prožívají zažitou zkušenost prostřednictvím nočních můr a zpětných záblesků, mají potíže se spaním, cítí odcizení a odtržení od společnosti. Dochází ke zhoršení každodenního života postiženého jedince. Tato porucha je dále komplikována současným výskytem jiných poruch (deprese, zneužívání návykových látek, problémy

s pamětí). PTSD brání normální funkci ve společnosti a rodině, dochází k neschopnosti stabilně zastávat své povolání, bývají partnerské problémy, poruchy rodičovských aktivit, zapojení se do kriminálních aktivit.

Znásilnění je krutá osobní zkušenost a je těžké se někomu svěřit. Je dobré mít přátele, rodinu, ale tito lidé jsou zatíženi emocemi. Proto je lepší vyhledat odbornou pomoc.

MUDr. Jana Spilková

Absolventka FDL UK, atestace: pediatrie, sexuologie, psychoterapie. Postgraduální vzdělávání: lidé s postižením, krizová intervence u obětí trestných činů, obětí násilí, práce s rodinou. Specializace na sexuální zneužívání – aspekt oběti, pachatele, důraz na interdisciplinární spolupráci.

GONA, s. r. o. – soukromé sexuologické centrum

Národní 25

110 00 Praha 1

tel.: 221 085 288

e-mail: info@sex-centrum.cz

www.sex-centrum.cz

Promiskuitní chování uživatelék návykových látek

Ilona Preslová

Většina z nás, kteří pracujeme se závislými osobami, vnímá promiskuitu jako nešťastný, ale zcela běžný a jakoby pochopitelný jev, který nacházíme u lidí zneužívajících drogy a alkohol. O prostituci hovoříme jako o jednom ze způsobů, kterým si uživatelé, častěji uživatelky, obstarávají drogy, respektive peníze na ně, a předpokládáme, že jde tedy o nutnost vycházející z jejich závislosti a že v případě úspěšné léčby budou naši klienti navazovat běžné a fungující vztahy založené na citovém základě.

Zkušenosti však ukazují, že v cílové skupině uživatelék drog to často neplatí. Řada našich klientek opakuje své chování nejen v léčbě, kde má po krátké době adaptace pohlavní styk s některým ze spolupacientů či klientů, což bývá i opakovaným důvodem předčasného ukončení léčby, ale i po propuštění, kdy klientky nejsou schopné navázat a udržet dlouhodobý vztah, i když si to velmi přejí. Pro mnohé naše klientky je promiskuitní chování jakýsi způsob existence, který se v průběhu svého života naučily, přijaly ho a který jim pomáhá, mimo jiné, ve společnosti přežít a který opakují i v jiných životních etapách a oblastech.

Čím dál víc se potvrzuje úzké propojení závislosti žen s řadou traumat a psychických potíží souvisejících s ženskou rolí. Souvislost užívání návykových látek a psychického či fyzického **zneužívání v dětství** a dospívání je zřejmá a bohužel častá. Uvádí se několikanásobně častější výskyty těchto traumat než u běžné populace. S tím pravděpodobně souvisí i fakt, že dívky v drogovém světě brzy přejdou prostě pod nadvládu jiného násilnického muže, čemuž se nedokážou bránit anebo jim to přijde normální, a tedy svým způsobem bezpečné.

Přestože na počátku drogové kariéry bývají dívky velmi aktivní a emancipované v navažování potřebných vztahů, při získávání zkušeností i ve schopnosti rychle nalézt zdroj drog a nutné sociální vazby (podle řady studií začínají i v dřívějším věku než muži), při rozvinuté drogové závislosti se stávají téměř vždy v nějaké formě závislé na mužích, ať už od nich dostávají drogy či jakousi ochranu v drogové komunitě anebo jsou jimi využívány. Setkáváme se často s tím, že klientky od téměř prvních dnů brání žijí s někým jen proto, že se jich ujal a poskytnul jim vše potřebné. Fakt, že poměrně brzy jsou to ony, kdo díky prostituci přinášejí do party peníze, za což bývají oceňované a přijímané, nevnímají úkorně. Bývají to

vzájemně výhodné vztahy, i když, z pohledu většinové společnosti, za velmi nestandardních podmínek.

Je možné, že se dívky ve své drogové kariéře vracejí k modelu z dětství, kdy si musely pozornost a lásku zasloužit ve smyslu „*buď hodná, poslušná, a pak tě budu mít rád(a)*“, který tak dobře známe z toho typu rodin našich klientů, kde je výchova dětí zaměřena s očekávaním rodičů, aby jejich děti dobře vypadaly, dobře studovaly a prostě byly úspěšné. Potom si jich rodiče třeba i všimnou, a možná je i ocení. V těchto, napohled dobře fungujících, rodinách dochází k jakémusi emočnímu utlumení. Nenacházíme zde výrazně kladné ani záporné emoce, často o to víc rodina, zvláště po stránce provozní, dobře funguje. Dítě je vedeno k úspěchu, vzhledu, výkonu (podle hodnotového systému rodiny), ale neučí se a nenaučí se radovat, milovat někoho, ale ani prohrávat a být smutný. Dítě dostává pouze kritiku nebo ocenění, a to vždy za něco. Odchází do života s pocitem, že jen tak pro ně samotné je nikdo nemůže mít rád, takovou hodnotu přece nemají. Láska, ale i pozornost, pochvala apod. je vždy podmíněna, je odměnou za něco, je třeba si ji zasloužit...

Některé klientky kopírují v dospělém životě rodinný model, kdy není důležité, jak se ony cítí, co prožívají a jak jim je. Naopak svou poslušností a nenápadností domácí atmosféru zklidňují či odvracejí hádky, konflikty a agresivitu otce od matky, případně naopak. To je typické nejen pro rodiny s otcem agresorem, alkoholikem apod., ale i pro rodiny dlouhodobě žijící v konfliktech a sporech, které dítě snaží velmi špatně, a chce svou poslušností rodiče potěšit. Drtivá většina našich klientů pochází z rodin, kde si rodiče již po krátké době soužití nacházeli a přiváděli jiné partnery a žili v dlouhodobých partnerských konfliktech, kde na děti a jejich pocity nebyl čas. Děti a častěji právě dcery zvolily způsob reagování ve smyslu „*tím, že neodporuji, nezlobím, neprotestuji, je na chvíli doma klid, a to je přece něco, co všichni doma chtějí. Odvrátím tím také pozornost od rodiče nebo sourozence, kterému je ubližováno. Není důležité, co chci já, ale jak mohu těm okolo pomoci*“. Po odchodu z domova je to pak chování, které výborně znají a hlavně umějí, a tak se k němu opakovaně, v mnoha variantách, vrací. Pokračují v cestě, kterou začaly v dětství a dospívání, a přes mnohé pokusy to změnit budou mít tendenci se na ni stále vracet.

Odcházejí do života se zkresleným vnímáním sebe samých a s neschopností rozumět svým pocitům a potřebám.

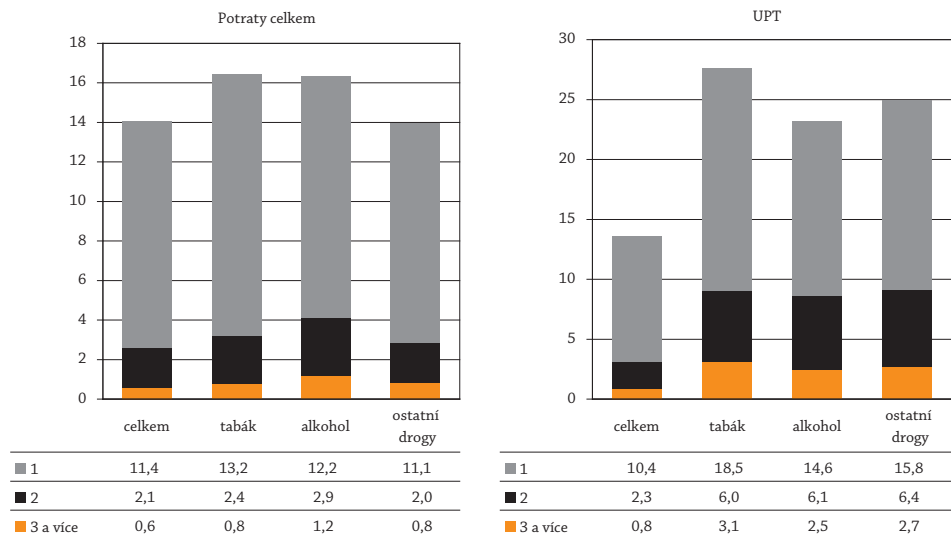
Pokud přicházejí do léčby, mají tendenci toto chování opakovat. A tak, když je pro ně léčba obtížná, když na ně začnou doléhat stíny z minulosti, když je jim smutno, neví si rady, cítí se samy, sáhnou k osvědčenému způsobu sblížení a kontaktu, a tím je sex s kýmkoliv z blízkého okolí. Potřebují, jak samy říkají, prostě s někým být. Tím bývá velmi často klient v léčbě, což většina léčebných programů zakazuje či nedoporučuje, a tak klientka bývá z léčby vyloučena. Je potrestána za něco, co patří do jejího běžného chování, a tak toto vyloučení není schopna v plné míře pochopit. Při návratu do běžného života, a to i v případě dlouhodobé abstinence, neumí navázat ani udržet dlouhodobý partnerský vztah, což řeší buď vztahy s bývalými uživateli, anebo náhodnými či krátkodobými vztahy, které jsou bezpečné tím, že nedojde k citově bližšímu přiblížení.

Sám fakt, že si dívky vydělávají na drogy mimo jiné i **prostitucí**, přináší mnoho témat, se kterými se musejí v léčbě vypořádat. Z mého pohledu není tak důležité, zda klientky byly prostitutkami v pravém slova smyslu, tedy měly sex za peníze, anebo žily ve vztazích s muži jen proto, že od nich měly zajištěný zdroj drog.

V našem zařízení v průběhu posledních let došlo v klientele k výraznému nárůstu počtu žen oproti mužům uživatelům. Díky tomu se s ženskými tématy setkáváme velmi často. Naše klientky mají za sebou v naprosté většině velmi bohatou sexuální zkušenost spojenou s drogami a promiskuitní chování je, až na výjimky, jejich běžné vnímání vztahů. Zároveň jsou vůči tomuto tématu velmi ostýchavé, což nezřídka maskují extrémními vulgárními slovy i behaviorálními projevy. Mají problematický či negativní vztah ke svému tělu (vyzývavé oblečení × neschopnost se svléknout do plavek) a malé ženské sebevědomí. Jedním z důsledků výše zmíněného je dlouhodobá neschopnost navazovat normální déletrvající partnerské vztahy a neschopnost vymezit svůj intimní prostor a nalézt hranice k druhému pohlaví.

Dalším paradoxem typickým pro tyto klientky je propojení jejich promiskuitního chování a téměř nulové znalosti a informace o takových věcech, jako je antikoncepce, možnosti otěhotnění, rizika pohlavně přenosných chorob apod. Jedním z důsledků je vysoký podíl potratů u žen zneužívajících návykové látky – viz tabulka.

PODÍL POTRATŮ A UPT U CELKOVÉHO POČTU RODIČEK A U RODIČEK UŽÍVAJÍCÍCH NÁVYKOVÉ LÁTKY V LETECH 2000–2009 (v %), ZDROJ ÚZIS ČR



Zajímavým fenoménem je setkávání žen, které začaly brát, aby mohly dál vykonávat prostituci a dostaly se následně do závislosti, a naopak dívek, které si v určité fázi užívání drog na ně začaly prostituci obstarávat prostředky. Obě skupiny se vzájemně distancují a jakékoliv propojení zcela kategoricky odmítají. Ženy provozující primárně prostituci a zneužívající NL mnohem častěji preferují individuální ambulantní léčbu a jakýkoliv kontakt s „feťáky!“ odmítají. Závislé klientky naopak popisují svou prostituci jako něco, co k drogám patří a co není jejich osobním tématem, případně mají tendenci zaměňovat ji za náhodné vztahy.

Dovolte mi závěrem jednu kazuistiku popisující propojenost zneužívání drog se sexuálním chováním a vztahy vůbec.

Lucie, 19 let, přichází do našeho zařízení po neukončené ústavní léčbě, ze které byla vyloučena pro navázání vztahu, a po krátké recidivě.

Anam.: Vyrůstala jako bezproblémové dítě na malém městě ve věřící rodině, silně navázaná na otce, s kterým trávila hodně času, v 10 letech začaly doma konflikty, oba rodiče si našli partnery, doma byly pak několik let hádky, výčitky, obviňování, pak rozvod. Lucie byla svěřena do péče matky, stěhují se do Prahy, kde si nezvykla, do školy nezapadla, byla pro ostatní děti divná. Žila s matkou a jejím partnerem, který se jí velmi věnoval, byl na ni hodný, bral ji na výlety, až jí po roce zneužil. Nikomu to neřekla, styděla se. V té době se Lucie zcela uzavřela do sebe, připadala si špatná, ošklivá, nechtěná, toulala se venku. V 13 letech potkala partu kluků, kteří jí vzali s sebou, zajímali se o ni, šla s nimi. Na prvním mejdanu se opila, byla opakovaně znásilněna, po vystřízlivění jí nabídli pervitin, dala si. V partě už zůstala, někam patřila, někomu se líbila, chtěla se jim zavděčit, a tak kradla, aby přinesla do party peníze. Uznávali ji, později už nešlo krást, začala provozovat sex za peníze, parta se rozpadla, potloukala se po ulici, matka, která v té době už hodně pila, to neřešila a psala jí omluvenky. Byla opakovaně těhotná, následovaly potraty, vrátila se domů, kde krátce nato partner matky spáchal sebevraždu, matka už zcela propadla alkoholu. Lucie utíká z domu, začíná žít s dealerem, který je na ni agresivní, prodává ji, přesto od něj odmítá odejít. Je to její jediný blízký člověk. Takové soužití zopakuje ještě několikrát. S toxickou psychózou se v 16l. dostává do léčebny, kde se rozhoduje pro nový, lepší život, ale ten bohužel plánuje se spolupacientem a z léčby je vyloučena. Přichází do stacionáře a velmi stojí o léčbu, jinou kategoricky odmítá („nechce být nikde zavřená“), ve stacionáři začíná řešit svůj dosavadní těžký život, své vztahy s rodiči, své pocity viny. Ve chvílích smutku navazuje vztah s bývalým klientem – pasákem, a i přes všechna varování s ním začíná žít. Rozhodujeme se, že jí nevyloučíme a že zkusíme s tím jako s tématem pracovat. Lucie se po pár týdnech rozhoduje a odchází od něj, ale krátce nato odchází i z léčby u nás. Jakákoliv doporučení na léčbu v komunitě odmítá. Říká, že teď už ví, jak na vztahy. Moc jí nevěříme...

PhDr. Ilona Preslová

Vystudovala psychologii na FF UK v Praze, absolvovala psychoterapeutické výcviky SUR, Bálint aj. Od roku 1998 pracuje v Denním stacionáři SANANIM, od r. 2001 jako jeho vedoucí. Spolupracuje s Centrem adiktologie 1. LF UK v Praze, FF UK a Magistrátem hlavního města Prahy, kde je lektorkou přípravných kurzů pro osvojitelé a pěstouny. Působí jako supervizorka ČIS a podílí se také na vzdělávání pomáhajících profesí, které pracují se závislými rodiči a ohroženými dětmi.

Denní stacionář SANANIM

Janovského 26
170 00 Praha 7
tel.: 220 803 130, 605 212 175
email: stacionar@sananim.cz
www.sananim.cz

Sex a libostní porucha u uživatelů drog

Jiří Dvořáček

Cílem příspěvku je zamyslet se nad vztahem libostní poruchy u závislých lidí a sexem a případně vyvodit implikace pro odvykací léčbu závislých.

1. PACIENTI A SEX

Sexualita je téma, které se u závislých pacientů na odvykací léčbě projevuje na několika úrovních:

- **minulost:** zejména nakolik užívání drog ovlivnilo sexuální chování pacienta (zda byl sexuálně nevázaný, rizikový či promiskuitní, nebo naopak zda sexuální život byl utlumen) a případně nakolik bylo nutné získávat prostředky na drogy prostitucí (se všemi souvisejícími dopady na život i osobnost uživatele),
- **současnost:** jak pracovat se sexualitou během odvykací léčby, zejména zda je vhodné či nutné zakazovat sex se spolupacientem,
- **budoucnost:** jaké může mít „drogová sexualita“ dopady na budoucí život a budoucí vztahy.

V příspěvku se budeme věnovat zejména současné rovině, tedy se zamyslíme nad tím, jak sex komplikuje odvykací léčbu, a také nad tím, zda sex a drogy spolu libostně souvisejí a zda by se s touto souvislostí mělo pracovat.

2. ZÁVISLOST JAKO LIBOSTNÍ PORUCHA

Před vlastním hledáním libostních souvislostí je nutné si připomenout, co je myšleno libostní poruchou u závislosti.

Stávající klasifikace nemocí definuje syndrom závislosti jako soubor fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky má mnohem větší přednost, než tomu bylo dříve. Tato definice je dle mého názoru zavádějící zejména proto, že

je v ní závislost úzce spojována s drogou, resp. že droga je zde chápána jako něco principiálně podstatného. O drogu jde ovšem až na druhém místě. Praktičtější je chápat závislost jako „poruchu získávání libosti“ či „závislost na silné odměně“.

Stávající neurobiologický model závislosti již docela přesně identifikuje mozkové struktury uplatňující se při rozvoji závislosti. Klíčovými strukturami jsou skupiny jader společně nazývané jako „systém odměny“ či „libostní systém“, v nichž ústřední roli zaujímá nucleus accumbens a ventrální tegmentální area. Lze zjednodušeně říci, že tento evolučně starý mozkový systém byl originálně uzpůsoben ke zvýšení pravděpodobnosti přežití jedince a druhu – co bylo klíčové pro přežití druhu (rozmnožení se) a jedince (nakrmení se), nebylo ponecháno náhodě, ale bylo spojeno s libostí či uspokojením. Tím, že organismus cíleně směřuje k libosti, byla zvýšena pravděpodobnost přežití. U člověka bylo spektrum „přirozených zdrojů odměny“ rozšířeno, původní nástroje na dosažení odměny se staly samotnými cíly (např. vztahy). Všechny tyto „**přirozené zdroje odměny**“ mají některé společné parametry:

- získání přirozené odměny trvá relativně dlouho,
- její získání je komplikované a na strategie instrumentálně náročné,
- organismus má vnitřní nástroje, které signalizují uspokojení a které přeruší získávání odměny,
- odměna není příliš libostně silná (vyjma orgasmu).

Klíčovým problémem návykových látek je, že působí na zmíněný systém odměny. Platí spíše opačná věta: co působí silně na systém odměny, je návykové. **Droga** je v tomto kontextu pro systém odměny „**umělou odměnou**“ s následujícími parametry:

- získání umělé odměny je relativně rychlé,
- její získání je relativně jednoduché,
- organismus nemá vnitřní nástroje, které signalizují uspokojení a které přeruší získávání odměny,
- odměna je libostně vesměs velmi silná.

Mozkový systém odměny člověka, který užívá drogu, tak činí zkušenost s jednoduchou a efektivní odměnou umělou a začne ji jednoznačně preferovat. Dlouhodobým preferováním jednoduché a silné odměny se postupně tento mozkový systém mění – na úrovni chování lze říci, že se rozmazluje. Výsledkem je kontinuálně narůstající **porucha systému libosti** s následujícími znaky:

- chce získat libost hned, snadno a rychle,
- neumí odložit získání libosti v čase,
- chce se hned zbavit nelibého stavu,
- neumí používat komplikované strategie k získání odměny,
- nezná libost v budoucnosti – jediná libost je bezprostřední libost.

Silná libost tak škodí dvojným způsobem: pokračuje se v užívání toho, co škodí mozku i tělu, a kontinuálně se rozmazluje systém odměny. Problém, který řešíme (= závislost), je tedy primárně poruchou systému odměny (libostního systému) po zkušenosti se silnou odměnou. Droga je jen nosič silné odměny, a odvykací program by tak měl být více formován libostní poruchou, a nikoli například typem drogy.

Odvykací program by tedy měl vždy mít ambici:

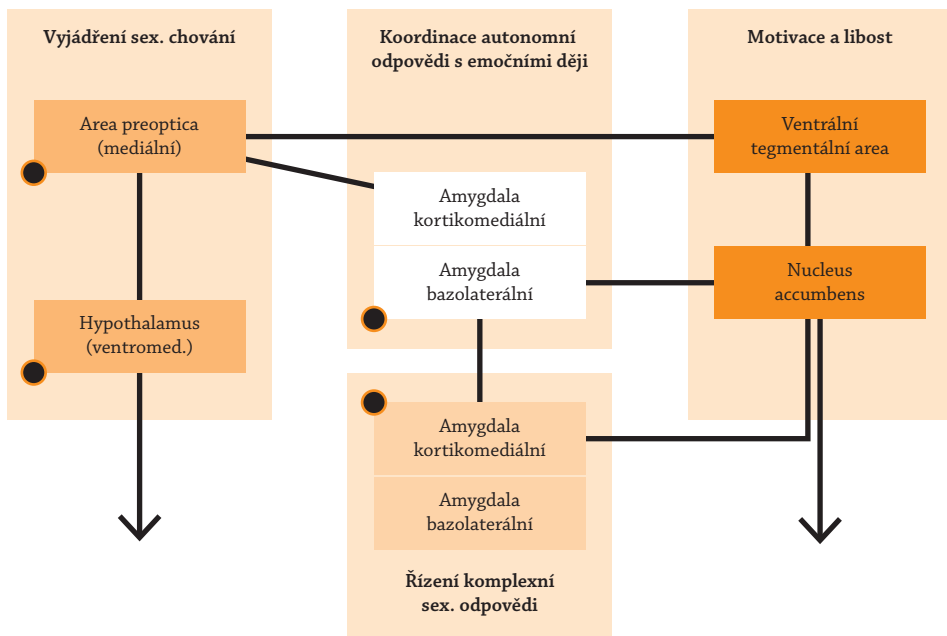
- odstranit nutkavost při zisku libosti,
- naučit se odložit zisk libosti v čase,
- naučit se vyvíjet bezpečné strategie pro zisk libosti,
- zřeknout se silné drogové libosti a nahradit ji něčím jiným.

Doplňuji, že porucha libosti spočívá v krajnostech: nezdravý je nutkavý způsob získávání libosti, ale i opačný extrém – odřikání si libosti.

3. SEX A LIBOSTNÍ SYSTÉM

Sexualita je v mozku řízena velmi komplexně a její řízení nemá jen libostní složku – systém odměny je jen jedním ze zúčastněných mozkových systémů.

OBRAZEK 1. ŘÍZENÍ SEXUÁLNÍHO CHOVÁNÍ V MOZKU



● Místa s neurony se steroidovými receptory

Libostní systém je nicméně pro motivační část sexuálního chování klíčový. Otázkou zůstává, proč je i relativně silná sexuální libost (orgasmus) vytlačena u závislých drogou.

ČÍM MŮŽE BÝT ZNEVÝHODNĚNA SEXUÁLNÍ LIBOST PŘED LIBOSTÍ DROGOVOU?

- Orgasmus trvá výrazně kratší dobu než efekt drogy.
- Většinou je komplikovanější se k orgasmu dostat – vyžaduje minimálně předcházející ideaci.
- Většinou jde o párovou libost.
- Dosažení orgasmu je výrazně více závislé na psychologických a biologických okolnostech (například je podmíněno věkem, sezónními výkyvy, hormonálními cykly).
- Má zřejmě nevýhodnější dojezd (post coitum omne animal triste).
- Strategie k dosažení orgasmu jsou znečitelněné, osamostatnily se a jejich cíle nejsou zcela zřetelné.
- Původní lidské strategie k dosažení sexu byly pravděpodobně dlouhodobé.
- Pod jedním slovem „sex“ se skrývá více věcí (nejen orgasmus, ale i intimita, láska, místo ve skupině...).

4. POCHYBNOSTI O ZÁKAZU SEXU V ODVYKACÍM PROGRAMU

V současnosti je snad ve všech terapeutických zařízeních sex mezi klienty (či pacienty) zakázán, dokonce bývá vyjmenován v kardinálních pravidlech. V některých je sice „povoleno“, ale po překonání určitých podmínek a je nadále silně regulován. Argumentuje se různě, nejčastěji:

- pacienti se nechovají zodpovědně,
- sex v léčbě je neperspektivní, výběr partnera v terapeutickém zařízení není přirozený,
- sex v léčbě škodí perspektivě pacientů (soužití dvou závislých nedopadají dobře),
- sex škodí skupině a komunitě – sexuální dvojice je silnou podskupinou,
- sex v léčbě škodí pověsti zařízení,
- nadměrný sex a drogová závislost jsou jedna libostní porucha, pacienti se k libosti chovají nutkavě a neumějí se jí zříci.

Pravděpodobně u každého z těchto argumentů nalezneme určitou oprávněnost, nicméně současně nalezneme několik bodů, které uvedené argumenty v mých očích výrazně zpochybňují.

POCHYBNOST O ARGUMENTU „PACIENT JE NEZODPOVĚDNÝ“

Závislý člověk je v mnoha směrech nezodpovědný, ale v terapii má zodpovědnost získávat. Případná nezodpovědnost také není důvodem na omezení lidského práva na intimní život. Nezdá se být zřetelné, že by pacient v odvykací léčbě byl méně zodpovědný než mnoho lidí mimo odvykací léčbu, kterým sex omezován není. Pochybují také o tom, kdo z nás terapeutů spolehlivě a vždy pozná, co zodpovědné je a co není. A konečně, kdyby šlo jen o nezodpovědnost, bylo by možné pacienta prostě edukovat a do zařízení umístit automat na kondomy. Také mám pocit, že život někdy „nezodpovědnými“ cestami jít potřebuje.

POCHYBNOST O ARGUMENTU „VÝBĚR PARTNERA V LÉČBĚ NENÍ PERSPEKTIVNÍ“

Osobně nepoznám, který výběr partnera je perspektivní, a který není. Také je pravděpodobné, že v životě i některé neperspektivní vztahy pro nás mají velký význam.

POCHYBNOST O ŠPATNĚ ABSTINENČNÍ PERSPEKTIVĚ SEXUÁLNÍHO PÁRU

Statisticky mezi našimi pacienty není zřetelně průkazné, že by sex v léčbě vedl nutně ke špatnému výsledku terapie či že by pacienti-partneři hůře prosperovali.

POCHYBNOST O ŠKODLIVOSTI SEXU SKUPINĚ A KOMUNITĚ

Sexuální dvojice je bezesporu silnou podskupinou, která může výrazně měnit toky informací ve skupině a komunitě a bude měnit jejich dynamiku. Nicméně namítám, že v komunitě vzniká plno jiných podskupin, a s těmi se téměř vůbec neparuje, a už vůbec nejsou předmětem kardinálních zákazů (a následných vyloučení). Vesměš také tolerujeme silnou zamilovanost, ale třeba jen náhodný sexuální akt sankcionujeme vyloučením, byť to první bude jako podskupina výraznější. Dále pochybuji, zda v našich programech opravdu tolik pracujeme s dynamikou. Případně, zda náhodou zákazem sexu není kýžena dynamika méně barevná.

POCHYBNOST O ŠKODLIVOSTI POVĚSTI ZAŘÍZENÍ

Škodí kupříkladu pověsti vysoké školy to, že její studenti mají mezi sebou sexuální vztahy? V čem je toto přirovnání nepřiměřené?

Většina pro zákaz sexu uváděných argumentů zní vcelku rozumně, byť není aplikována důsledně. Kde se ale bere energie pro tvrdost tohoto zákazu? Nemohla by tato pravidla být jen na úrovni „měkkých“ doporučení?

5. HYPOTÉZY O VZTAHU SEXU A LIBOSTNÍ PORUCHY U ZÁVISLÝCH

ÚVAHA PRVNÍ – „ZDRAVÉ“ PARAMETRY SEXUÁLNÍ LIBOSTI

V terapii závislosti jde mimo jiné o obnovení přirozeného způsobu dosahování libosti, v čase rozloženého. Jak by z tohoto hlediska měla vypadat bezpečná libost sexuální?

Obecně, nevadí ta libost, která má tyto vlastnosti:

- není získána nutkavě,
- je získána po vynaložení přiměřené strategie,
- není získána bezhlavě – bez myšlenek na následky,
- člověk (pacient) umí odolat jejímu získání a nezískává ji vždy, když chce.

Z výše popsané libostní poruchy u závislého pacienta lze vyvodit, že nutkavý pudový sex (nikoli nutně jednorázový zážitek, ale trvalejší tendence k němu) bude podporovat nutkavé dosahování libosti, tedy prohlubovat dále zmíněnou libostní poruchu, a z hlediska

terapeutické snahy o přetvarování libostního systému závislého není bezpečný. Toto by důvodem zákazu být mohlo. Je ovšem zajímavé, že libostní dopad sexuality v odvykacím programu nikdo neřeší.

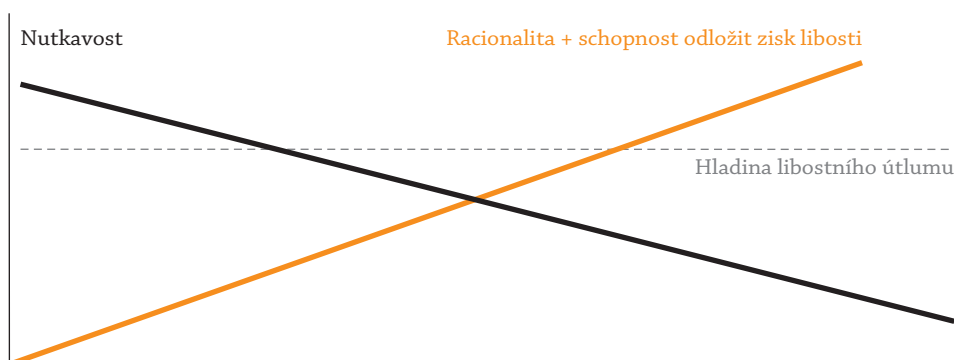
Tato logika ovšem není v praxi příliš uplatňována: „povolený“ sex s návštěvou může být nutkavý a impulzivní, a naopak sex se spolupacientem (tedy „zakázaný“) může být plánovaný. První případ – povolený – je samozřejmě z libostního hlediska pro závislého škodlivější.

ÚVAHA DRUHÁ – STABILIZACE NUTKAVOSTI V PRŮBĚHU IDEÁLNÍ TERAPIE

V ideálním průběhu terapie by mělo dojít k posunu v libostním chování: nutkavost by se měla snižovat, naopak by měla růst racionalita a schopnost odložit zisk libosti v čase. Jak by to tedy mohlo být se sexuální libostí při odvykání?

Při rozvoji drogové kariéry bude sexuální libost pravděpodobně nutkavá. S postupným útlumem libostního systému (na vrcholu drogové kariéry, tedy i zřejmě při začátku odvykací léčby) nebude zájem o libost příliš velký. Na konci terapeutického programu by měla mít libost již „zdravé parametry“.

OBRÁZEK 2. VÝVOJ ZPŮSOBU DOSAHOVÁNÍ LIBOSTI U ZÁVISLÉHO



Jestliže má dosahování sexuální libosti zdravé parametry již od počátku, není třeba jeho sexualitu v terapii řešit, neboť problém tu není.

Jestliže zdravé parametry v průběhu odvykacího programu mít začne, měla by to být známka obnovy libostního systému, tedy pokroku v terapii, a není vhodné za to pacienta v terapii vyhazovat.

ÚVAHA TŘETÍ – PACIENTI MAJÍ VĚTŠÍ NEJISTOTY

Z praxe nemám pocit, že by sexuální libost pacientů během odvykací léčby byla nutkavější než u ostatních lidí. Naopak lze spíše vidět to, že jsou v sexualitě méně odvážní a trpí většími nejistotami. Sex také častěji bývá formou překonávání samoty a cestou k blízkosti. Otázkou zůstává, proč sexualita není výrazně nutkavější, když drogová libost nutkavě dosahována byla.

ÚVAHA ČTVRTÁ – O TERAPEUTECH

Proč terapeuti vlastně s takovou energií v terapii hubí sex pacientů, když žádný výše zmíněný argument nezní jednoznačně? Dovolím si vyjádřit pochybnost, zda má terapeut vyrovnaný přístup k dosahování libosti a zda není k práci se závislymi přitahován tím, že mu cosi brání v dosahování pudové libosti a přitom by to tolik chtěl.

ÚVAHA PÁTÁ – JE MEZI SEXUÁLNÍ LIBOSTÍ A DROGOVOU LIBOSTÍ CROSS-TOLERANCE?

Mají-li oba typy libosti stejné mozkové instrumenty (systém odměny), měla by mezi nimi být určitá forma zkřížené tolerance. Snadno dostupný sex by mohl vyvolat stejný typ poruchy libostního systému jako drogová závislost. Důsledkem by bylo opět to, že našim pacientům by z tohoto hlediska škodil nutkavý sex a sex se „zdravými“ parametry by nás v terapii vůbec nemusel zajímat.

ZÁVĚR

Shrnuji, že nenacházím jednoznačnou pevnou negativní vazbu mezi sexem v léčbě a prosperitou pacienta po léčbě. Současná podoba pravidel omezujících sex pacientů není zcela v logickém souladu s modelem libostní poruchy u závislých, respektive je aplikována velmi nedůsledně a pravděpodobně i chybně. Nenacházím zřetelnou a nepochybnou argumentaci pro razantní aplikaci pravidel omezujících sex. Jakkoli určitou logiku lze nalézt téměř u každého argumentu pro zákaz sexu, domnívám se, že tato argumentace není domyšlena a že aplikace tvrdého pravidla (vyloučení z léčebného programu za sex v léčbě) může být kontraproduktivní. Nevybízáím ke zrušení omezujícího pravidla, ale vybízím k zahájení nedogmatické diskuze nad otázkou, co by se stalo, kdybychom sex v komunitách nezakazovali, ale pracovali s ním v terapii jako s jakýmkoli jiným podstatným tématem.

Doplňuji i etický aspekt celé věci: každé omezení pacienta v léčbě by mělo být zdůvodnitelné zcela věrohodným argumentem terapeutickým či provozním, jinak je neetické.

MUDr. Jiří Dvořáček

Profesně se věnuje léčbě drogových závislostí. V současné době působí jako primář a ředitel Psychiatrické léčebny Červený Dvůr.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr

Červený Dvůr 1

381 01 Český Krumlov

tel.: 380 739 131

e-mail: informace@cervenydvur.cz

<http://cervenydvur.cz>

Sex v terapeutické komunitě

Martin Hulík, Jana Žáková, Miluše Sadílková

PRÁVIDLA V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ NĚMČICE

TK Němčice zahájila provoz v lednu 1991 jako první zařízení svého druhu pro drogově závislé v ČR. Navazuje však na desítky let tradice terapeutických komunit u nás i ve světě. Za 20 let existence prošlo komunitou téměř 500 klientů, z čehož zhruba polovina léčbu dokončila. Průměrná délka řádného pobytu dosahuje jednoho roku. Klienti TK Němčice jsou obvykle starší 30 let, mají za sebou déle než 10 let injekčního užívání drog a mají vážné problémy ve všech oblastech života. Terapeutická komunita vytváří bezpečné prostředí pro řešení těchto problémů a pro nalézání a upevňování nového životního stylu. Program TK je tedy univerzální a zvládnutí drogové závislosti je pouze jedním z cílů. Klienti absolvují zhruba 1000 hodin skupinové terapie a množství dalších strukturovaných aktivit. Efekt TK není možné postihnout pouze výčtem jednotlivých typů programů – máme za to, že TK funguje jako celek. Klienti nejsou pouze účastníky léčebného procesu, ale především rezidenti, obyvateli TK, kde žijí v podmínkách, které do jisté míry představují model společnosti, rodiny, pracovního kolektivu atd. Podstatným prvkem je vysoká míra zapojení klientů do rozhodovacích procesů a sdílení odpovědnosti za chod komunity mezi terapeutickým týmem a klienty.

Terapeutická komunita je složitý organismus s množstvím pravidel a zvyků, přičemž nej-důležitější jsou tzv. **kardinální pravidla**. V našem případě je jich 5. Tato pravidla zaručují elementární bezpečí členů komunity a jsou jediná, o kterých nelze vyjednávat. Zahrnují zákaz užívání drog a alkoholu, násilí, diskriminaci a zavazují klienty přijmout systém léčby v TK a podřídit se rozhodnutí komunity. Za jejich porušení následuje většinou vyloučení klienta z TK. Pro téma našeho sdělení je důležité poslední z nich: zákaz navazování intimních vztahů a sexuálních kontaktů mezi členy komunity, pokud k tomu komunita nevysloví souhlas.

V praxi to znamená, že pokud dojde mezi klienty TK k sexu nebo navážou-li partnerský vztah, obvykle jeden z nich musí z TK odejít. Důvody pro aplikaci tohoto kardinálního pravidla jsou dvojího druhu. Jednak vycházíme z osvědčeného modelu terapeutických a výchovných komunit (většina z nás má výcvik typu SUR). Sexuální a partnerský vztah mezi dvěma klienty je stejně jako jiná silná koalice ve skupině nežádoucí, neúměrně zatěžuje celou komunitu a vzhledem k léčebnému procesu představuje vypadávání z role. Druhý důvod

je specifický pro naši klientelu. Valná část našich klientů přichází do léčby se zásadními potížemi v oblasti mezilidských vztahů, jako oběti i pachatelé domácího násilí, sexuálního zneužívání a znásilnění. Většina našich klientů má minimální zkušenost s partnerskými vztahy a sexem bez drog. V partnerských vztazích, které vznikají spontánně v komunitě, mají klienti tendenci, pokud neprošli dostatečně terapeutickým procesem, opakovat maladaptivní vzorce chování a v konečném důsledku to vede k relapsu na drogách. Na druhou stranu je TK schopna akceptovat vztah mezi dvěma klienty, pokud jsou oba aktéři ve vyšší fázi léčby a jejich partnerský vztah nevnímá nikdo ze členů komunity jako ohrožující. Tato situace nastává ale pouze zřídka.

Nacházíme se tedy v poměrně složitém dilematu. Na jedné straně je navazování sexuálních kontaktů mezi lidmi, kteří žijí delší dobu jeden vedle druhého, přirozené a normální. V prostředí TK se však většinou jedná o značnou komplikaci pro jednotlivce i komunitu.

Jsmo ale přesvědčeni, že jediné takto nastavené podmínky umožňují, aby bylo možno ve skupině bezpečně a otevřeně zpracovávat problémy spojené se sexualitou, sexuálními rolami, dysfunkcemi, traumatizací, násilím atd. Tato skupinová práce má rovinu terapeutickou i výchovně-vzdělávací. Pobyt v TK je pro klienty jakýmsi mezičasem, kdy v rámci sekundárního emočního zrání nacházejí zralejší cestu k uspokojivým mezilidským, a tedy i partnerským vztahům a sexualitě.

SEXUÁLNÍ TÉMATA V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ

Témata z oblasti sexuálního chování a prožívání sexuality, se kterými se v TK setkáváme, bychom mohli zjednodušeně rozdělit na dvě skupiny – jednak jsou to problémy, které si klienti s sebou do léčby přinášejí, a jednak situace, které vznikají až během pobytu v komunitě. Mezi oběma skupinami samozřejmě existuje přímé spojení. Klienti často v sexuálním chování opakují, stejně jako v jiných oblastech života, vzorce, které mají zažitě z minulosti.

Málokdy je jedinec s tématem ve skupině osamocen. Naopak se často stává, že otevření citlivých témat jedním spustí lavinu podobných příběhů. Často se také v jedné skupině sejdou představitelé různých rolí v jednom problému, např. oběti násilí a agresori.

Jaká témata, týkající se oblasti sexuality, si tedy klienti nejčastěji přinášejí s sebou?

SPOKOJENOST SE SEXUÁLNÍM ŽIVOTEM

Často začínal a končil s drogami. Na první otázku, zda byli se svým sexuálním životem spokojeni, klienti většinou odpoví, že ano. Při bližším doptání se ale dozvídáme, že často i několik let žádný sexuální život neměli, ať už kvůli strachu, špatným zkušenostem (většinou ženy), nebo nedostatku příležitostí a neschopnosti navázat kontakt (většinou muži). Nebo měli naopak velmi intenzivní, ale naprosto nevyhovující sexuální život. Většina klientů má obavy z toho, jak budou sex a fyzickou blízkost prožívat ve střízlivém stavu. Jestli u něsou všechny vzpomínky, které se jim v takové situaci vynoří (např. na znásilnění, prostituci, různé nestandardní praktiky pod vlivem drog apod.). Jestli vůbec zvládnou mít sex bez drog, jestli to budou „umět“. Především muži mívají velký strach ze selhání. Bojí se, jestli u nich vůbec dojde ke vzrušení, k vyvrcholení, jestli budou schopni uspokojit partnerku. Toto jsou

velmi časté obavy klientů, o kterých se ale mluví většinou jen opatrně, v náznacích. Často mají především uživatelé pervitinu sex s touto drogou natolik spojený, že je obavy ze selhání vedou k úvahám nad kontrolovaným bráním, občasným relapsem apod.

SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE

Objevují se jak primární, tedy vyskytující se od počátku sexuálního života (a drogami někdy dočasně „vyléčené“), tak sekundární, které vznikly často v souvislosti s užíváním a klient si není jistý, jestli budou přetrvávat nebo ne. Může se stát, že jedinec ani neví, že trpí nějakou dysfunkcí, protože daný stav považuje za normu. Nejčastějšími dysfunkcemi, které klienti uvádějí je nedostatek nebo ztráta sexuální touhy, poruchy erekce, poruchy vzrušení, dysfunkční orgasmus, neorganická dyspareunie, tedy bolestivý nebo nepříjemný styk, nebo naopak hypersexualita.

NORMALITA V SEXU

Stejně jako v jiných oblastech lidského života mají i v oblasti sexu klienti terapeutické komunity, kteří žili dlouhodobě v drogovém prostředí, často pokřivenou představu o tom, co je „normální“. Lépe řečeno, to, co je normální mezi uživateli, není často běžné ani přijatelné ve většinové populaci. Příkladem může být velká promiskuita a sexuální volnost i v rámci partnerských vztahů nebo násilí ve vztahu. Klienti jsou často překvapeni, co nás jako terapeuty překvapuje, co nepovažujeme za běžné ani vhodné.

RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ, PROMISKUITA, SEXUÁLNĚ PŘENOSNÉ NEMOCI

Většinou se s tímto tématem setkáváme jako s nedílnou součástí drogového života. Klienti mají pocit, že to patří k drogám, a často také, že to s drogami skončilo. Většinou vědí, že něco nebylo dobře (často mívají dostatek informací z nízkoprahových služeb), ale nijak zvlášť se tím nezabývají. Pozůstatkem bývá strach ze sexuálně přenosných nemocí, především HIV, takže část klientů ještě v rámci léčby žádá o testování. Hepatitidy považují za přirozené riziko užívání a většinou je spojují se sdílením injekčního materiálu, ne s nechráněným sexem.

SEXUÁLNÍ ORIENTACE

Homosexuálně orientovaní uživatelé drog jsou obvykle diskriminováni ze dvou stran – komunita lidí se stejnou sexuální orientací je může odsuzovat kvůli jejich užívání drog, uživatelé zase za odlišnou sexuální orientaci. Ze strany širokého okolí bývají výhrady vůči obojímu. U bisexuálně orientovaných osob se často vyskytuje diskriminace jak ze strany heterosexuálů, tak ze strany homosexuálů, a to kvůli nevyhraněnosti a sexuálním aktivitám s oběma pohlavími. Z našich zkušeností vyplývá, že heterogenní léčebná skupina v terapeutické komunitě je schopna se vyrovnat podstatně lépe s přítomností lesbických klientek než homosexuálních klientů. Důvody mohou být poměrně komplikované a přesahují rámec našeho příspěvku. Negativní náladu také často rozdmýchávají klienti, kteří byli někdy homosexuálně zneužití nebo znásilněni, nebo kteří, i když sami heterosexuálové, se živilí homosexuální prostitucí. Ženy jsou v tomto ohledu tradičně tolerantnější, homosexuály chrání a lesbičky jim nevadí (mnohé ženy mají k mužům negativní vztah a samy měly často období lesbických vztahů). V posledním roce nebo dvou se zdá, že i nastavení vůči homosexuálním klientům se podstatně mění k lepšímu. Může to být náhoda, ale možná také vliv tolerantnějšího postoje celé společnosti nebo výsledek lepší práce s tématem a jasnějšího nastavení

terapeutického týmu. Bisexualita je pro klienty komunity spíše teoretickým pojmem a pro skupinu bývá málo jasné, jak se mají k takovému klientovi vztahovat. Přitom naprostá většina žen má zkušenosti se sexem se ženou a mezi muži homosexuální kontakty také rozhodně nejsou výjimkou.

SEXUÁLNÍ PREFERENCE

Mezi klienty panuje poměrně velká tolerance k různým sexuálními preferencím. Většina z nich se ve svém drogovém životě setkala s mnoha nestandardními požadavky nebo praktikami, takže je máloco překvapí. Není ale časté, že by něčí preference byly předmětem skupin. Pokud už taková potřeba nastane, jako třeba v případě, kdy se jeden klient stává objektem sadistických fantazií druhého, pak se specifické preference řeší na skupině jen okrajově, aby to bylo pro všechny bezpečné. Těžiště práce se přesunuje do ordinace sexuologa.

SEXUÁLNÍ NÁSILÍ

V terapeutické komunitě se často objevuje zkušenost se sexuálním násilím, jak v roli oběti, tak v roli agresora. Zkušenost se znásilněním je u žen naprosto běžná. Jako konzumentky alkoholu a drog se vystavují ve zvýšené míře nebezpečí znásilnění cizím pachatelem. Bývají zapleteny do prostituce, pohybují se v sociálním prostředí, kde je násilí běžné. Na denním pořádku bývá násilí v partnerských vztazích toxikomanů. Často se setkáváme s velmi odlišným pojetím normality, kdy většina uživatelék drog je přesvědčena, že vynucený sex, znásilnění jako „trest“ za neposlušnost partnera apod. jsou běžnou součástí drogového života, a jako s takovou je nutné s ní počítat a nemá smysl se tomu vzpírat. Agrese vůči ženám, včetně té se sexuálním podtextem, je z pohledu dlouhodobých uživatelů běžná součást partnerství. Muži mívají velmi nepříjemné a traumatické zkušenosti především z výkonu trestu, ale jen málokdy seberou odvahu o nich otevřeně mluvit (bývá to jedno z posledních odhalených témat ve skupině a svědčí o její velmi dobré kondici).

ZNEUŽÍVÁNÍ

V populaci drogově závislých se podle očekávání a v souladu s dosavadními výzkumy dopadů zneužívání vyskytuje podstatně větší procento těch, kteří zneužívání zažili. V naprosté většině jde o pachatele z okruhu rodiny nebo blízkých rodinných přátel. Klienti také většinou zažijí sekundární viktimizaci, kdy rodina (nejčastěji matka) a případně i úřední osoby situaci zlehčí nebo popřou, nutí oběť do zapírání, nařknou ji ze lži a jednájí s ní necitlivě.

CHTĚNÁ I NECHTĚNÁ TĚHOTENSTVÍ, POTRATY

Těhotenství a potraty klientek bývají často dlouhodobým traumatem, spojeným s mnoha výtcičkami. Ženy tuší, jak moc byly tyto události ovlivněny drogami, a je pro ně bolestivé si svoji zodpovědnost připustit.

PROSTITUCE, PORNOGRAFICKÝ PRŮMYSL

Poměrně velká část klientek má nějakou zkušenost se sexuálními službami za úplatu, ať už je to formou prostituce, nebo vystupování v pornografických filmech, působení na erotických linkách nebo internetových stránkách. Někteří muži se naopak pohybovali v této oblasti v roli pasáka, „ochranky“ na privátech apod. Muži i ženy pak v důsledku toho mívají

pokřivený pohled na druhé pohlaví. Ženy se mužů bojí, jsou jim odporní, považují je za brutální, necitlivé a všeho schopné. Muži ženami opovrhují, sebemenší projev náklonnosti mají za vypočítavost, ženy jsou pro ně poddruh, kterému se nic nesmí věřit a který je třeba držet zkrátka.

Z výše popsaných témat, se kterými klienti přichází do léčby, vychází i většina situací, které v souvislosti se sexualitou vznikají přímo v léčbě. Muži i ženy často používají stejné chování, na které byli zvyklí venku, v drogovém světě. Přináší si také mnoho předsudků vůči opačnému i vlastnímu pohlaví, které se jen pomalu daří měnit. Je to těžké hlavně proto, že se většinou najde někdo v komplementární roli, kdo jim jejich zkušenost znovu potvrdí.

Nejčastěji se tedy ve skupině potýkáme s vyzývavým chováním (dostáváme se do role prudérních rodičů, když napomínáme dospělé ženy, kterým vykukuje spodní prádlo z kalhot nebo které chodí v miniaturním ručníku po chodbě do sprchy), přílišným flirtováním, nabízením sexuálních služeb jak pro potěšení, tak výměnou za drobné výhody. Sexualita se používá i jako mocenský nástroj, nejen pro uspokojení potřeb. Nejen že se tím ustanovuje přísně střežené tajemství mezi zúčastněnými, ale často se jeden z páru zamiluje, čímž se druhému vydává naprosto všanc. Flirtování, časté mluvení o sexu, společné rozvíjení sexuálních fantazií a další podobné projevy mají velký potenciál nastavit v komunitě tzv. dvojí život, kdy se na skupině mluví uvědoměle a povrchně „pro terapeutky“, zatímco skutečné interakce probíhají na chodbách, v pokojích a na kuřárně.

Pokud se nepodaří včas tomu zabránit, dojde dříve nebo později k porušení jednoho z pěti základních pravidel komunity, tedy zákazu sexuálních a intimních vztahů mezi členy komunity bez vědomí komunity. Toto pravidlo je pro klienty asi nejobtížnější pochopitelné a přijatelné, často ho podceňují a jeho důležitost pochopí, až když k jeho porušení dojde. Sex v komunitě působí jako silný antiterapeutický faktor a může celou skupinu na dlouhé týdny zaměstnat a odvést od jiných podstatných témat.

Dalším problémem bývá vyrovnání se s odlišnou sexuální orientací některého z členů skupiny, jak bylo popsáno už výše. Muži se sadistickými sklony mohou skupinu i jednotlivce zatížit agresivními fantasiemi o jiném členu skupiny, nejčastěji ve formě snů (sen není vůlí ovlivnitelný, agresor za něj „nemůže“). Část témat týkajících se sexuality se také odehrává mimo komunitu, na výjezdech domů nebo za partnerem, kde na rozdíl od komunity může proběhnout i reálný sex. Klient se pak vrací zklamaný, s nenaplněným očekáváním, nebo naopak nabude rovnováhy a sebevědomí.

JAK S TÉMATY PRACUJEME

Jak je z výše uvedeného patrné, témat, která se vážou k problematice sexuality u drogově závislých, je široké spektrum v různé míře závažnosti. Domníváme se, že je proto zásadní vytvářet v komunitě nejen bezpečné prostředí, o kterém byla řeč v úvodu, ale také praktické možnosti věnovat se těmto problémům v rámci programové struktury terapeutické komunity. Pokusíme se teď jednotlivé možnosti nastínit.

Velký prostor věnovat se nejaktuálnějším tématům v životě komunity a jejich členů nabízí **večerní volná skupina**. Je dvakrát týdně a slouží k tomu, aby si klienti sdělovali, co je ve vzájemném soužití těší, co je trápí, co jim nevyhovuje nebo jim vloženo vadí. Ženský a mužský svět se tak střetává na žhavé půdě každodennosti, vymezuje se a vyladuje. Volná

skupina je také místo, kde se řeší možné překračování hranic ve vztazích mezi klienty. Zde pracujeme nejen s citovými a sexuálně motivovanými vzplanutími, ale především s neoddělitelnou sexuální komponentou lidského chování a vztahování se.

Příkladem z nedávné praxe je diskuze, která se rozvinula mezi ženskou a mužskou částí skupiny. Ženám vadilo, že se s přicházejícím teplým počasím muži stále více odhalují a chodí v komunitě standardně bez trička, do půl pasu obnažení. Muži se bránili, že je to přece normální, je jim horko, chtějí se opálit a nechápou, co na tom komu může překážet. Teprve když ženy neustávaly v argumentaci (srovnávaly to se situací, kdy by ony chodily v prostorách komunity jen ve spodním prádle – což je naopak častá výtka ze strany mužů), muži pochopili, že musí obě strany vyjednávat o hranicích, které jsou pro všechny ještě přijatelné a bezpečné. Závěrem se dohodli, že muži budou bez trička jen při práci a sportu, ale jinak (například i při společném venkovním posezení u kávy) budou oblečení. Předmět skupinové debaty se může jevit někomu banální. V podmínkách léčby, jejíž součástí je dlouhodobá sexuální abstinence, jsou ale právě tyto každodenní situace nástrojem k návratu k zdravé komunikaci a klíčem ke zdravému soužití koedukované skupiny.

Jednou z nejčastěji využívaných skupin je **žensko-mužská skupina (oddělená)**, která je pro otevírání citlivých problémů specificky předurčena. Může klientům nejen usnadnit početní práci s těmito těžkými tématy, ale také zdravě posílit tu kterou genderovou skupinu a lépe v ní nalézat své místo. A tak klienti znovu (nebo i prvně) objevují své ženství či mužství. Učí se je sdílet, zbavovat starých nefunkčních modelů a celkově kultivovat. Někdy si tu ujasňují svou sexuální roli, orientaci, chování nebo i kdo a proč je sexuálně přitahuje. Z této skupiny jsou sdělovány reflexe celé skupině, na jejichž obsahu a formě se však domlouváme. Tato skupina je zpravidla dvakrát měsíčně.

Ženská skupina se poměrně pravidelně s příchodem nových klientek zabývá ožehavým tématem jejich vlastní sexuální orientace. Jedním z ukazatelů bezpečí v komunitě jsou postupné výpovědi žen o jejich bisexuálních zkušenostech. Ty se objevují jak na úrovni experimentů, tak i dlouhodobých vztahů s jinou ženou. Většinou se kruh uzavře s tím, že buď všechny, nebo s jedinou výjimkou bisexualitu potvrzují. Samostatnou kapitolou je potom přítomnost klientky, která je jednoznačně homosexuálně orientovaná a ostatní ženy jsou pro ni potencionální partnerky. Vynoří se pak potřeba praktické dohody všech, jak se vzájemně neohrožovat být jen jemnými sexuálními pobídkami a respektovat své hranice i v rámci společného soužití na pokoji. A tak můžeme vidět, jak žena klepe na dveře svého vlastního pokoje, aby se ubezpečila, že si spolubydlící již neaplikuje tělové mléko nebo se zrovna nepřejíká...

Podobně intimní klima pro osobní citlivá témata nabízí **analytická skupina**. Skupina probíhá dvakrát týdně a obvykle vychází jedna za měsíc na každého klienta. Vzhledem k počtu klientů v TK Němčice probíhají vždy dvě paralelní skupiny. Rozdělení jednotlivých klientů do skupin určuje tým. Analytická skupina je zpravidla věnována vždy jednomu členu skupiny a konkrétní pořadí je vždy ohlašováno předem. Přestože se skupina zaměřuje na konkrétní osobu, témata jsou vždy společná, a proto oslovují i ostatní členy skupiny. Často se tak stane, že se např. jedna klientka svěří se svým sexuálním traumatem a otevře tím podobné téma v ostatních. Individualizované zaměření analytické skupiny se projevuje také v tom, že její

téma i průběh necháváme (až na zřetelě hodné výjimky) hodně na hlavním aktérovi, aby si tak snáze mohl zvědomit své maladaptivní osobní scénáře, a případně usnadňujeme nacházení nových.

Není ani výjimkou, když se v jedné skupině setkají oběti i pachatelé sexuálního násilí. Klient – oběť (nebo agresor) dlouho hledal odvahu k tomu, aby se skupině svěřil s tím, co obvykle bývá doživotní tajemství. Jakmile však příběh graduje a prožívání všech houstne, agresor (nebo oběť) tlak nevydrží a přidá své přiznání a svůj pocit viny (zahanbení). Takové okamžiky patří k nejnáročnějším pro všechny zúčastněné. Na druhou stranu se terapeutický potenciál násobí: obě strany si mohou vyzkoušet, jaké to je „about si boty“ toho druhého a zbavit se černobílého vidění světa. Téma pak může působit paradoxně i jako kohezivní činitel.

Jedenkrát týdně je naopak výrazně strukturovaná **skupina prevence relapsu**. Má vždy konkrétní téma, které se zaměřuje na zvyšování schopnosti předcházet relapsu. Cílem je získat dovednosti a informace důležité pro snížení rizika. Mezi více než dvaceti tématy, která pravidelně společně probíráme, je jedno věnováno lásce a intimním vztahům. Cílem tohoto modulu je ukázat a prodiskutovat, jak mohou intimní vztahy ovlivňovat abstinenci a obráceně. Základním předpokladem společné diskuze je bezpečí struktury a jasné sdělení, že drogy a intimita jsou neslučitelné. Klienti se mimo jiné dovídají, že obnova sexuálních funkcí je individuální, postupná a silně závislá na emočním vyladění obou partnerů. Fakt, že kvalita sexuálního života úzce souvisí s psychickou kondicí, může vést k posílení motivace klientů k práci na sobě a léčbě jako takové.

Sexuální tematika postupuje i další moduly prevence relapsu, jako např. nebezpečné a stresové situace, jak si užívat život bez drog či riziko relapsu na alkoholu. Například jedna stará sexuologická rada říká, že na mnohé sexuální strasti mužů i žen je spolehlivým lékem dvojka červeného a trpělivý partner. Člověk, který se léčí ze závislosti, však může na takový návod zapomenout a musí hledat jiné, abstinenci neohrožující prostředky.

Riziko: téma může vyvolávat v mnohých také úzkost a obavy z intimního života bez drog. Ke zvýšení bezpečí a minimalizaci zábran se osvědčila forma, kdy po uvedení do tématu klienti napíší anonymně na papír své otázky a komentáře, které se zdráhají vyslovit nahlas. Terapeut pak tyto otázky čte, skupina se k nim vyjadřuje, hledá společně odpovědi a řešení. Ne vždy je odpověď či řešení po ruce. Ale i tak je cenné, že se intimní problémy nahlas pojmenují a klienti vědí, že s podobným problémem nejsou sami.

Jednou ze základních metod TK Němčice je **arteterapie**. Je také jednou týdně a nabízí možnost k sebevyjádření pomocí výtvarných prostředků a prostor k zabývání se sebou samým ještě jiným způsobem než na ostatních skupinách. Osobní sexuální tematika se objevuje jednak spontánně při zpracování různých motivů, jednak v námi záměrně nabízených motivech, jako např. mužský a ženský svět v komunitě nebo motivy se vztahem k vlastnímu tělu. Téma pak žije a „vysílá se“ na jiném kanále než obvyklém verbálním a příznivě doplňuje proces integrace duševních obsahů. Jsme často svědky usazování se v sexuální roli a celkového emočního zrání, jehož průběžným dokumentem jsou mimo jiné i obrázky z arteterapie.

Zatímco v prvních měsících léčby maluje jedna klientka infantilní srdíčka a ohníčky, protože se stále dokola nešťastně zamilovává, v závěrečné fázi dozrává jako žena i jako matka a kreslí sebe se svým synem v něžné prenatální intimitě.

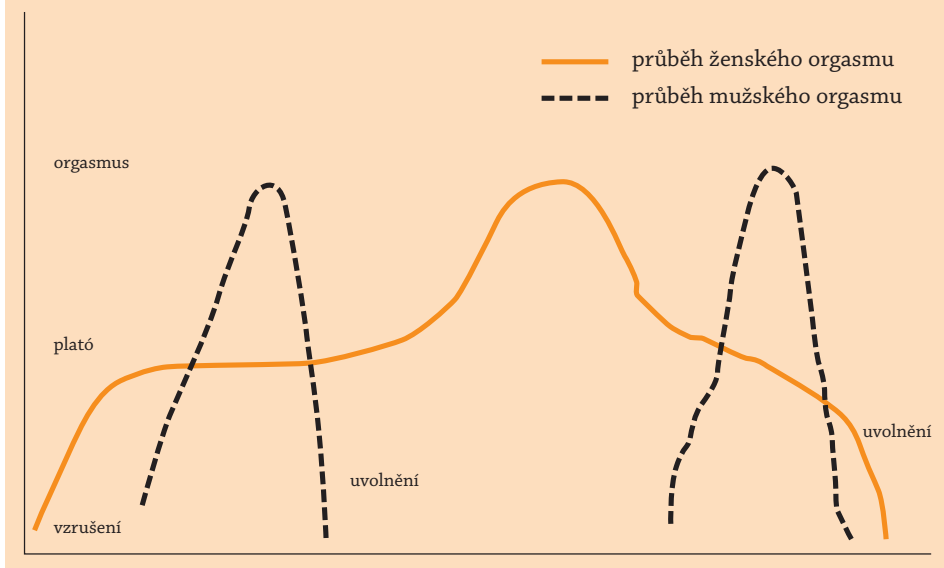
Podobným principem pracujeme s výstupy ze zážitků **skupinové imaginace**, kterou jsme zařadili do programové struktury přede dvěma lety a klienti ji zažívají zpravidla čtyřikrát do roka. Katatymní prožívání obrazů nabízí rozvoj primárního procesu, další rozměr sebezkušenosti a také nové, intenzivní zážitky, které bez drog tolik chybí...

Sexuální tematikou je zasažena i spontánní kreativita klientů terapeutické komunity. Dokládá to jedna z básní 39letého muže:

„V oblaka dým se promění,
jen tvoje tvář se nikdy nemění.
Tvé tělo i lásku chtěl bych si vzít,
spoutat tvé steny, v rozkoši žít.
Tvou královnu vůni bych hltavě sál,
jsem dobyvač tůní a našel jsem grál.“

Standardní prostor pro bezpečnou práci se sexuologickou problematikou nabízí páteční **vzdělávací skupina**. Snažíme se doplnit chybějící sexuální výchovu a mluvit s klienty o sexu, obávaných sexuálních dysfunkcích, o možnostech odborné sexuologické léčby a psychoterapie. Mapujeme dosavadní předsudky a mýty a připravujeme půdu pro kvalitní sexuální život po léčbě. Pomáháme jim hledat odvahu i dovednost mluvit o sexu otevřeně, což není obvykle snadné – jen samotné pojmosloví osciluje mezi odbornými lékařskými termíny a výrazy na hranici společenské přijatelnosti. Výhodou je, že naši klienti nejsou vždy příliš svázáni těmito konvencemi ani neurotickými bloky. Mluvení o sexu je většinou baví, je v tom zpravidla hodně energie a klienti se projevují velmi tvořivě. Samotná debata o sexuálním životě se daří víc než boření zakořeněných mýtů. O to větší úleva však nastává, když se klienti dozví, že existují mimokoitální způsoby vzájemného uspokojení, že průměrná délka soulože není v desítkách minut a v hodinách, jak to znají například uživatelé pervitinu, a že nemusí oba partneři prožít nutně společný filmový orgasmus, aby spolu byli spokojení.

V praxi se osvědčilo použití statistických dat různých grafů. Jedním z nich je křivka, vypovídající o průběhu ženského a mužského orgasmu:



RIZIKA A LIMITY

Rizikem takto otevřené diskuze je samozřejmě zvýšení sexuální apetence mezi klienty, kteří od sexu v léčbě abstinují a jsou v této přirozené potřebě dlouhodobě frustrováni. Nicméně součástí léčby je naučit se odkládat uspokojení svých okamžitých potřeb, a tak i tato zkušenost může přispět ke zvyšování celkové frustrační tolerance. Ta bývá mimochodem u závislých osob významně snížena.

Při práci se sexuologickými tématy také velmi záleží na **osobnosti terapeuta a týmu**.

Výčet limitů a rizik při práci se sexuální problematikou závislých v terapeutické komunitě tímto samozřejmě není vyčerpán. Může docházet například k sekundární traumatizaci, ke zvědomění trvalých ztrát a poškození. K poznání, že život po léčbě bude nejen bez drog, ale navíc s novou diagnózou, třeba právě v citlivé sexuální oblasti. I takovým situacím čelíme a stále se z nich učíme. Skupiny ale často končí sdílenou nadějí, že sexuální život může být navzdory všem nepříznivým faktorům uspokojivý, a to především v kontextu lásky a partnerství. Zdrojem této naděje může být sdílená zkušenost, že rok života v terapeutické komunitě každého klienta je výrazně ovlivněn právě kvalitou mezilidských vztahů a intenzitou společných zážitků.

Bc. Martin Hulík

Adiktolog, psychoterapeut, absolvent oboru arteterapie na PF Jihočeské univerzity. Absolvoval dlouhodobý výcvik v dynamicky orientované skupinové psychoterpii SUR. V o. s. SANANIM pracuje od roku 1997, v současné době jako vedoucí TK Němčice.

Mgr. Jana Žáková, Ph.D.

Psycholožka, terapeutka, adiktoložka. Pracuje v TK Němčice.

PhDr. Miluše Sadílková

Psycholožka se zkušenostmi z práce s klienty v uprchlických zařízeních, terapeutické komunitě pro drogově závislé a soukromé psychoterapeutické praxe; rigorózní práce v oboru klinické psychologie na téma Analýza potřeb psychologických služeb v uprchlických zařízeních v ČR – dlouholetý terénní výzkum. Absolvovala komplexní psychoterapeutický výcvik v hlubinně orientované dynamické psychoterapii a výcvik v katatymně imaginativní psychoterapii.

Terapeutická komunita Němčice SANANIM

Zámek 1

387 19 Němčice

tel.: 383 396 120

e-mail: nemcice@sananim.cz

www.sananim.cz

Riziková sexualita rizikové mládeže

Pavla Skasková, Jan Toman

Úvod

Pokud je lidský život bažením po jistotách, je období dospívání obdobím nejkonfliktnějším. Mění se tělo, hlas, zájmy, opouští nás jednosměrné, ochraňující vztahy dospělého lidstva, opouštíme bezpečné role středu pozornosti světa, měníme bezpečnou základní školu za rizika vlastní volby, rodiče se častěji rozcházejí či scházejí s novými partnery... Vše potvrženo nevysloveným nutkáním separačních potřeb, potřeb dospělácké maturace.

Konfrontace těchto změn s dosavadním způsobem života, plyšáky a plakáty fotbalových a filmových hvězd vyzdobeného dětského pokoje, přináší pocit zrady, podvodu, falešné laskavosti světa. Nemám-li být sám zrádce a nemám-li prožívat tuto bolestnou konfrontaci neustále, každý den, je potřeba ty svědky minulosti, důkazy vlastní dětské slabosti, rozbít, zničit, opustit!

Chvíli klidu nedopřeje všudypřítomný tlak požadavků: „Nejsi už dítě! Musíš pochopit! Odpovědnost! Dělej jen věci dospělých!“ Je potřeba přeběhnout na druhou stranu a spolu s ostatními dospělými se pousmát nad naivitou a důvěřivostí dětí. Pochopit a odsouhlasit rozchod rodičů a jiné podrazy, ohrožující onu nepopsanou jistotu, co někde hluboko v sobě s úzkostí chráníme.

Při snaze pochopit prožívání dětí v dospívání dochází člověk po čase k jednoznačnému, racionálnímu závěru: Dospívajícím dětem toho moc jistého nezbývá, pokud vůbec něco.

Když vám vezmou vše, zůstane vám pro duši prožívání, pro tělo bolest a slast – sex. Pokud nejste spokojeni s tím, co vám zbylo, měnit to lze. Drogou.

V našem příspěvku jsme se snažili zamyslet, v jakých podobách se při naší práci s klientkami diagnostického ústavu zrcadlí oba stěžejní fenomény – drogy a sexualita. Hledáme dialog, možná dilemata, souvislosti a východiska.

SPECIFIKA DIAGNOSTICKÉHO ÚSTAVU A STŘEDISKA VÝCHOVNÉ PÉČE PRAHA 4

- školské zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy
- diagnostický pobyt zpravidla 8 týdnů
- cílová skupina: dívky po ukončení povinné školní docházky (15–18 let)
- spádová oblast: celé Čechy
- přijetí na základě soudního rozhodnutí – předběžné opatření, ústavní výchova
- přijetí na základě kontraktu s rodiči (dobrovolný diagnostický pobyt)
- legislativní ukotvení – zákon č. 109/2002 Sb.

TABULKA 1 – POČET PŘIJATÝCH KLIENTEK

Typ rozhodnutí	2005/ 2006	2006/ 2007	2007/ 2008	2008/ 2009	2009/ 2010
Předběžné opatření	137	133	174	167	147
Ústavní výchova	210	210	161	177	127
Ochranná výchova	0	1	1	1	0
Dobrovolný dg. pobyt	3	7	2	7	38
Celkem	350	355	338	352	312

NEJČASTĚJI ŘEŠENÉ PROBLÉMY DÍTĚTE

- způsob života ohrožující dítě samotné
- způsob života nepřijatelný pro rodinu, okolí
- zneužívání návykových látek, závislostní chování
- útěky z domova
- konflikty v rodině, kde rodiče ztrácí možnost pozitivně situaci ovlivnit
- opuštění přípravy na povolání spojené se zahálčivým způsobem života
- delikvence – porušování zákona
- krádeže, lhaní
- gravidita či mateřství před 18. rokem
- sebepoškození, ohrožování vlastního života
- nepřiměřená agresivita v chování
- citové či tělesné strádání ohrožující zdravý vývoj
- týrání, sexuální zneužívání, zanedbávání
- problematika vyplývající z rizikového partnerského vztahu dívky

Pokud se zaměříme na širší kontext těchto řešených problémů, zjistíme, že většina témat z tohoto seznamu se problematiky návykových látek či sexuality dotýká. Musíme však také připomenout, že v období adolescence probíhá u dětí mnoho změn (od biologických přes psychosociální až po kognitivní), jež je mohou znejišťovat. Pro ilustraci považujeme za nutné uvést několik **psychologických pilířů období adolescence**:

- ztrácení dosavadní jistoty v kontextu konfrontace změn v dospívání

- nechtějí být dítětem a neumějí být dospělým – do role dospělých, odpovědných, je tlačí i okolí
- stojí před mnohými rozhodnutími, které je nutí k osobní zodpovědnosti
- zjišťují, že existuje mnoho způsobů, jak lze prožít život
- hledají smysl světa, života a sebe
- hledají jiné důležité vztahy mimo rodinu
- jsou frustrováni nezdary (často i opakovanými)

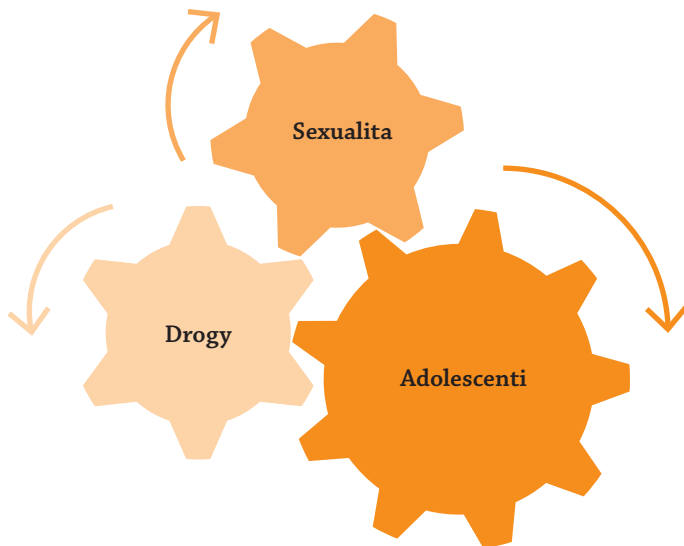
Dále uvádíme **několik tezí v souvislosti s dospíváním** – v jakých oblastech dochází ke zrání osobnosti adolescenta a jaká jsou i očekávání od okolí:

- maturace na úrovni nezpochybnitelných kritérií dospělosti
- maturace na vrstevnické úrovni vztahů
- vnitřní formulace separačních tlaků od pečujících osob
- maturace organicko-konstituční, ukotvení reprodukčních kompetencí
- naplnění obecných znaků konformního očekávání
- podstoupení iniciačních znaků a rituálů

Kde se v tomto kontextu objevují návykové látky a sexualita? Lze na předcházejících 6 tezí nahlížet jako na oblasti, kde se obě tato témata promítají? Drogy jako kritérium dospělosti, sexualita jako kritérium dospělosti? Nebo obě oblasti stojí samostatně, ne spolu, ale spíš vedle sebe? Jde o polemiku či o dialog dvou silných fenoménů?

Když roztočíme kola adolescence, roztočíme kola drog a sexuality? Budou se točit stejným směrem, nebo proti sobě?

OBRÁZEK 1 – POLEMIKA ČI DIALOG?



Abychom principům „společného a odlišného“ lépe rozuměli a mohli naše klientky úspěšněji doprovázet diagnostickým pobytem a pomáhat jim nahlížet na jejich problémy v souvislostech, pracovat na odklonění od nejrůznějších podob rizikového chování, musíme se zastavit i u toho, v čem se obě tematiky liší, resp. v čem jsou jedinečné (viz tabulka 2).

TABULKA 2 – DICHOTOMIE, DILEMATA

Drogy	Sexualita
Zaměření egocentrické, histriónské	Sdílení, spojení, dávání až obětování
Uzavírání, ukončení, uzavření prožitku, etapy	Pozitivní perspektivy, zavázání, připoutání další osoby
Demonstrace moci nad sebou, výhradního rozhodování	Ovlivňování, moc ve vztahu k druhým

Při terapeutické práci s dospívajícími jsme identifikovali také několik kategorií, kde jdou obě tematiky ruku v ruce, vzájemně se dotýkají, spolupracují spolu, a popsali, co je jim společné. V rodinném kontextu bychom mohli říci, že z tohoto úhlu pohledu vnímáme sexualitu a drogy jako dva sourozence. Jednotlivé kategorie pojmenovává obrázek 2.

OBRÁZEK 2 – PROLÍNÁNÍ TEMATIKY SEXUALITY A DROG



V prvním rámečku máme na mysli situace, kdy pervitin funguje jako silný element a „barometr“ vztahů. Jde o situace, kdy mladá dívka chodí s partnerem „vaříčem“ a pervitin zde má funkci jistého platidla za přízeň, za lásku, za sex apod.

Marihuana a alkohol často fungují jako „lék“ na stud, rozpaky, zlepšení kuráže nejen při navazování vztahů, ale i při jejich udržování (společné téma, společný zážitek, rituály...).

Sexualita i návykové látky mají rovněž společného jmenovatele – je jím rychlá saturace potřeb, a v obou pólech můžeme také u dívek s rizikovou sexualitou a u dívek, které jsou ohrožené návykovými látkami, hovořit o osobnostním rysu nezdrženlivosti.

Na obě témata můžeme také nazírat prizmatem jisté vstupenky do dospělosti. Změna statusu se odráží ve změně sebepojetí: „Už nejsem dítě, už jsem žena, která má partnera, navíc deklarovaného skrz pohlavní život. Také alkohol a tabák jsou povolené až dospělým a já už k nim vlastně teď taky ‚skoro‘ patřím.“

Drogy i sex mají společný také prvek experimentu, pohrávání si, až zahrávání si. Potřeba experimentu je v období dospívání velmi akcentována a v těchto oblastech se experimentuje asi nejčastěji.

S drogami a sexualitou se však váže také svět kriminality a delikvence, ať již ve smyslu kriminality páchané mládeží, ale často také kriminality páchané na mládeži.

Sexualita a drogy se prolétají téměř všemi problémy, které se během diagnostického pobytu řeší, někde spíše latentně, kde se musí etiologie více pootevřít (např. útěky z domova, záškoláctví apod.), někde jsou explicitní, manifestující se jako hlavní důvod nařízení soudního rozhodnutí.

Oba fenomény korespondují s různými fázemi diagnostického pobytu. Nejvýraznější rozpor v pojmání problematiky jsou v adaptační fázi pobytu, kdy aktéři (klientka, rodiče, někdy v zastoupení kurátorů) mívají často velmi odlišná očekávání.

STŘET OČEKÁVÁNÍ (SEXUALITA, PARTNERSTVÍ) – RODIČE VERSUS DÍVKA

RODIČE

- „Sejde z očí, sejde z mysli“
- „Vytlučte jí ho z hlavy“
- „Za všechno může ten grázl“
- „Kdyby s ním nechodila, všechno by bylo v pořádku“
- „Kdyby ho nepotkala, tak by drogy určitě nezkoušela“
- „Jen ji využívá a pak ji odkopne“

KLIENTKA

- „Zakázané ovoce více chutná“
- „Rodiče ho vůbec neznají, jedině on mě chápe nejlíp“
- „Utíkala jsem k němu, protože mi ho nejdřív dovolili a pak zakázali“
- „Kvůli mně přestal fetovat“
- „Můžu si dělat co chci a s kým chci“
- „Miluje mě a chce mi pomoci“
- „Asi jsem těhotná“
- „Musím si tu hubu nabít sama“

STŘET OČEKÁVÁNÍ (NÁVYKOVÉ LÁTKY, ZÁVISLOSTNÍ CHOVÁNÍ) – RODIČE VERSUS DÍVKY

RODIČE

- „Je závislá, vysvětlete jí to“
- „Zařídte jí léčbu, musí se vyléčit“
- „To ji naučil ten grázl“
- „Kdyby s ním nechodila, všechno by bylo v pořádku“
- „Mladí dneska musí zkusit všechno“
- „Kvůli drogám si zničila život, co z ní bude?“
- „My jsme jí dali všechno a tak se odvděčuje?“

KLIENTKA

- „Mám to pod kontrolou, můžu kdykoli přestat“
- „Nejsem žádnéj feťák, jen prostě potřebuju občas vypnout a užít si“
- „Půjdu se léčit, aby si mě pak rodiče vzali domů“
- „Přítel taky dřív fetoval, dostal mě z toho“
- „Rodiče a kurátorka tomu nerozumí“
- „Nemůžu kouřit, nemám perník, nemůžu se vidět s přítelem, tak co mi vlastně zbylo? To je horší než vězení“

Jedním z cílů naší práce je, abychom tyto střety transformovali do přijatelných rámců pro klientku i její rodiče, nesmiřitelné boje přerážovali do bezpečných kompromisů.

RIZIKOVÁ SEXUALITA Dospívajících dívek (JAK SE S NÍ SETKÁVÁME U NAŠICH KLIENTEK)

- předčasná iniciace pohlavního života
- promiskuitní chování
- nedostatek či zkreslenost informací v otázkách reprodukčního zdraví
- nedostatečné či nesprávné užívání kontracepce
- nedostatečná ochrana reprodukčního zdraví (neadekvátní gynekologická péče)
- v minulosti možné oběti sexuálního zneužívání
- prostituce
- venerologické potíže, pohlavně přenosné choroby
- souběh dalších oblastí rizikového chování

Pro ilustraci výpověď šestnáctileté matky: „*Já jsem měla prášky. Pak mi ale došly a já už neměla peníze, abych si koupila další. Taky se mi nechtělo zase na gyndu. Přítelovi jsem to řekla, on mi slíbil, že si dá jako pozor, chápete, ne. My jsme se ale o nějaké ochraně moc nebavili. Prostě počítal s tím, že beru prášky a hotovo. Já si myslela, že mě nemůže zbouchnout, když ve mně byly ty hormony, četla jsem to na netu, že to pak trvá několik týdnů, než to vyprchá.*“

Skupina dívek, u které sledujeme problematiku souvislosti rizikové sexuality, dalších oblastí rizikového chování a ochrany reprodukčního zdraví více empiricky, jsou nezletilé gravidní dívky a matky. Pochopitelně nedáváme rovnítko mezi rizikovou sexualitou a těhotenstvím před 18. rokem, ale jisté významné korelace lze v souboru 16 dospívajících matek jistě vypozaovat.

Již z tabulky 3 je evidentní, že 5 těchto dívek zahájilo svůj pohlavní život ještě před věkovou hranicí stanovenou současnou legislativou, staly se tedy oběťmi pohlavního zneužití.

Je zajisté velmi obtížné stanovit hranici promiskuitního chování, ale 5 nezletilých matek přiznává, že měly sedm a více sexuálních partnerů (viz tabulka 4). Dvě dívky pak přiznávají, že v určité etapě svého dospívání prostituovaly. Obě se po útěku z dětských domovů ocitly v situaci, kdy nabízení komerčních sexuálních služeb bylo pro ně ekonomickým východiskem z životní situace, kdy byly bez jakékoli podpory rodiny.

V neposlední řadě jsme také sledovali, jaké mají nezletilé matky zkušenosti s abusem návykových látek. Všechny se shodují, že v době, kdy byla jejich gravidita potvrzena lékařem (často až v druhém, či dokonce třetím trimestru), omezily užívání návykových látek na minimum, resp. přiznávají pouze občasné užívání alkoholu a omezení denní spotřeby tabáku.

Pokud přiznávají experiment či pravidelnější užívání nelegálních návykových látek, tak vždy v kontextu s životem „před otěhotněním“ (viz tabulka 5).

TABULKA 3 – VĚK PRVNÍHO POHLAVNÍHO STYKU

Věk koitarché	Počet
≤ 12	2
13	1
14	2
15	7
16	3
17	1
	Σ 16

TABULKA 4 – POČET SEXUÁLNÍCH PARTNERŮ

Počet partnerů	Počet
1	2
2	2
3	4
4–6	3
7–10	1
11–15	2
>15	2
	Σ16

TABULKA 5 – ZKUŠENOSTI S NÁVYKOVÝMI LÁTKAMI

Návyková látka	Experiment	Pravidelné
Tabák	3	13
Alkohol	7	9
Marihuana	9	5
Pervitin a jiná stimulancia	5	2
Opiáty	3	0
Halucinogeny	4	1

NĚKOLIK PRINCIPŮ, KTERÉ SE NÁM OSVĚDČUJÍ PŘI PRÁCI S NAŠIMI KLIENTKAMI

- práce s celým kontextem příběhu klientky
- postupné hledání cesty k uznání obav, strachů a přání (svých i druhého) – viz počáteční střety očekávání
- hledání viníka(ů) opravdu nepomáhá
- konziliární přístup k jednotlivé kauze pomáhá objevit i řešení, která se na první pohled nenabízí
- vědomí, že problémy dívek mohou odrážet i specifikum věku a nemusejí mít fatální dopad

PhDr. Pavla Skasková

V roce 2005 absolvovala obor psychologie – speciální pedagogika na PedF UK, od roku 2008 je interní doktorandkou oboru psychologie tamtéž. V letech 2006–2009 absolvovala výcvik v rodinné a systemické terapii při IRT Praha, aktuálně druhým rokem realizuje supervizní část výcviku. Od roku 2005 působí jako psycholožka v Diagnostickém ústavu a Středisku výchovné péče v Praze 4 – Hodkovičkách, kde se věnuje diagnostické a terapeutické práci s klienty ve věku 15–18 let.

PaedDr. Jan Toman

Do roku 1982 pracoval v Laboratoři sociologických výzkumů, od roku 1984 do roku 1990 jako pedagog na Katedře speciální pedagogiky PedF UK. Od roku 1990 ředitel Diagnostického ústavu a Střediska výchovné péče v Praze 4 – Hodkovičkách. V současné době působí také jako pedagog na UJAK a PVŠPS.

Diagnostický ústav a Středisko výchovné péče Praha 4

Na Dlouhé mezi 69/19
147 00 Praha 4 – Hodkovičky
tel.: 241 727 763
e-mail: info@dum-praha.cz
www.dum-praha.cz

Práce kurátora při řešení problému prostituce nezletilých dětí

Štěpán Türb

SPECIFIKACE PROBLÉMU „PROSTITUCE NEZLETILÝCH DĚTÍ“

Ještě v nedávné minulosti se na prostituci pohlíželo výhradně jako na způsob poměrně snadného výdělku, kdy si především dívky a ženy své „řemeslo“ předávaly po generace. Dnes, z pohledu moderního a širšího přístupu sociální práce, sledujeme prostituci nejen jako poskytování sexuálních služeb za úplatu, ale především jako důsledek kumulace negativních vývojových faktorů jedince, kdy finanční zisk za službu klientovi představuje mnohdy jen špičku ledovce. Prostituce nezletilých dětí je jednou z nejrizikovějších oblastí závadového chování, při kterém je dítě vystaveno extrémnímu potencialem nebezpečí. Je třeba si uvědomit, že dítě je oproti dospělému člověku mnohem zranitelnější. Pomineme-li veřejnosti známá úskalí, jako je například přenos pohlavních chorob či nechtěné těhotenství, může se dítě stát obětí pedofilního klienta, dítě může být uneseno, vyvezeno za hranice našeho státu, může se stát předmětem obchodu s dětmi. V ještě horším případě může být dítě zneužito k sadistickým sexuálním praktikám a vše může skončit i smrtí dítěte. Je třeba mít na paměti, že časté teatrální projevy chování nezletilých prostitutek můžeme vnímat jako „zakrývací a obranný manévř“, kterým nezletilé dívky mohou ve skutečnosti potlačovat vlastní traumatizující zážitky.

PŘÍČINY PROSTITUOVÁNÍ NEZLETILÝCH DĚTÍ A JEJICH RODINNÉ ZÁZEMÍ

Jak již bylo zmíněno, zobecněným důvodem prostituce je cesta k získání finančních prostředků. Budeme-li však hovořit o všech příčinách takového chování, pak je můžeme označit za multifaktoriální. Budeme-li chtít zjišťovat, proč 13letá dívka v minisukni postává každý večer u okraje silnice a usmívá se na projíždějící řidiče, musíme se pozorněji zaměřit na výchovné prostředí, které nezletilou obklopuje. Mohlo se stát, že dítě pomalu „dědí“ vzorce chování po některém z rodinných příslušníků nebo se nezletilá dívka nechala zlákat svou již v tomto ohledu zkušenější kamarádkou. Drtivá většina takových dívek (patřící do kategorie „silničních a pouličních šlapek“) pochází ze sociálně slabého prostředí. Děti jsou mnohdy k provozování prostituce využívány svými rodiči k získání finančních prostředků, jindy rodiče, kteří se o své potomky příliš nezajímají, o takových aktivitách svého dítěte často nemají ani ponětí. Dítě, které například z domova trpí citovou deprivací, si může u sexuálních

klientů hledat náhradní projevy lásky a náklonnosti, které alespoň částečně vykompenzují dlouhodobou citovou oploštělost domácího prostředí. Nezletilá dospívající dívka se cítí být žádána a nachází zde své útočiště, kde se může seberealizovat a zažívat též určitý druh dobrodružství. Za jeden z nejzásadnějších vlivů lze však považovat nedostatečnou prevenci v oblasti sexuálního života a rizikového chování. Děti, které tyto informace postrádají, si jen stěží uvědomují, co všechno by se mohlo stát. Smícháme-li dohromady například nízké IQ rodičů, špatný přístup k informacím o škodlivém chování, nedostatek možností, jak trávit volný čas, a ztotožnění se se sociokulturními normami, které jsou pro většinou společnosti nepřijatelné, je dítě extrémně ohroženo sociálně-patologickými jevy. Přičteme-li k tomu ještě navíc mentalitu některých etnik, kdy jsou příslušníci takové menšiny zvyklí vnímat svou existenci v aktuální přítomnosti a reálně nepřemýšlí o své budoucnosti, pak je takové dítě v mnoha případech již předurčeno k zahálčivému způsobu života. V každém případě jsme povinni k nezletilému dítěti, které prostituje, přistupovat jako k oběti sociálního prostředí a pohlízet na ně tak, že provozuje sex za úplatu ve své podstatě vždy nedobrovolně.

SPOJITOST MEZI PROSTITUCÍ A EXPERIMENTY S DROGAMI

Nejčastěji zneužívanou drogou, se kterou se u nezletilých dětí v našem regionu setkáváme, je marihuana. Odpověď klientů typu „trávu kouří každý“ je na denním pořádku. Ze stimulantů zaznamenáváme boom u pervitinu, avšak z praxe nemůžeme říci, že nezletilá prostitutka automaticky (nebo povětšinou) experimentuje zároveň s drogami. Existuje tu však riziko do budoucna, kdy se dítě může stát v souvislosti se svým chováním objektem pozornosti drogových dealerů, či se dokonce stane součástí organizovaného obchodu s drogami. Pro takové dítě, které vedle prostituce spadne ještě do problému s drogami, může dostat jeho hodnotový žebříček zcela novou podobu. Prioritou se stanou drogy, s čímž souvisí obstarání si dostatku finančních prostředků. V tomto případě jak jinak než prostitucí. Dítě se ocitá v začarovaném kruhu a z hlediska práce kurátora se jedná o nejnebezpečnější kombinaci problémů, kterou lze bez pomoci dalších odborníků jen stěží vyřešit. Čím později pomoc přichází, tím více dochází k neschopnosti dítěte reálně uvažovat, a postupem času může též dojít k částečné degradaci jeho osobnosti.

NÁSTROJE A METODY KURÁTORA PRO DĚTI A MLÁDEŽ PŘI ŘEŠENÍ PROBLÉMU PROSTITUCE NEZLETILÝCH DĚTÍ

V podstatě platí, že pokud po výchovné stránce „selže“ institut rodiny a dítě vykazuje závadové chování, nastupuje kurátor pro děti a mládež. Jeho prvořadým úkolem je ochránit dítě před takovými vlivy, které mohou mít negativní dopad na jeho řádný vývoj a chování. Pokud dojde k prvnímu kontaktu kurátora s nezletilým klientem, který se dopouští prostituce, je potřeba se pokusit o prvotní komplexní analýzu celého problému. Shromažďujeme informace o rodinném a sociálním prostředí dítěte a zjišťujeme historii vývoje dítěte. K nezletilému dítěti přistupujeme především jako k oběti, až poté jako k jedinci s předelikventním chováním. Zcela nejzásadnějším a nejdůležitějším úkolem kurátora je získání důvěry (alespoň částečné). Pokud nemáte důvěru klienta, nemáte téměř nic – dozvíte se polopравdy, pokud s vámi bude dítě vůbec ochotné hovořit. Pokud se kurátorovi podaří zdotlat tento první úkol, teprve nyní může zjišťovat další informace, jako je mimo jiné např. míra

primární i sekundární viktimizace. Sběr informací a pohovor s dítětem a jeho zákonnými zástupci je startovací metou společného úsilí. Podle charakteru a povahy problému se snažíme dospět ke konsenzu mezi všemi zúčastněnými, jak postupovat dále. Vymezením pravidel další výchovy dítěte (povinnosti, každodenní řád, kontroly v rodině ze strany kurátora) se snažíme posílit klima mezi rodiči a dítětem. Dítě i rodiče jsou v rámci výchovného pohovoru seznámeni s důsledky chování dítěte, se všemi souvisejícími riziky a dítě je informováno, jak nebezpečné jeho chování vlastně je. Při jednání s dítětem bychom měli maximálně respektovat specifika a metody „výslechu“ nezletilých dětí ohrožených syndromem CAN. Snažíme se dítě přesvědčit, že se mu snažíme pomoci, nikoliv je trestat. Měli bychom s nezletilým jednat na jeho úrovni, tzn. přátelsky, a během rozhovoru mu pak tímto způsobem snáze „podsouvat“ vzorce pozitivního chování.

SPOLUPRÁCE S DALŠÍMI INSTITUCEMI

Kurátor má za úkol zhodnotit, zda pro tuto chvíli postačí nastavení pravidel chování dítěte s následnou kontrolou pro zpětnou vazbu. Pokud se důvodně domníváme, že nezletilá dívka měla pohlavní styk a ještě jí není 15 let, je nutné, aby byla vyšetřena dětským gynekologem. Potvrdí-li se předchozí podezření, je příslušnému policejnímu oddělení postoupen podnět k následným vyšetřovacím úkonům ve věci možného pohlavního zneužití. Dle rozsahu a závažnosti problému můžeme rodiče a dítě dále nakontaktovat na vhodné instituce a specializovaná pracoviště, jako je dětský psycholog, dětská psychiatrická ambulance, středisko výchovné péče. Spolupracujeme se školou a dalšími pedagogickými zařízeními. V případě, že je dítě současně ohroženo drogou, můžeme v případě potřeby zprostředkovat spolupráci s nízkoprahovým drogovým centrem nebo můžeme provádět sami volně prodejné testy na zjištění přítomnosti drog v moči (se souhlasem rodičů). Nabízí se taktéž možnost dítě doporučit k pobytu v detoxikačním centru či ho umístit k dobrovolnému pobytu do diagnostického ústavu. Nad nezletilým dítětem může být stanoven dohled příslušného úřadu či na základě návrhu stanoven soudní dohled. Pokud předcházející opatření v budoucnu selžou a rodiče se již vzhledem k nastalým problémům o svého potomka nemohou, neumí nebo nechtějí dále postarat, nezbyvá, než dítě prostřednictvím soudu umístit do ústavního zařízení, kde bude dítěti zabezpečen řádný vývoj do budoucna. Podotýkáme, že krédem práce kurátora je pozitivně působit na chování dítěte, a pokud to není zcela nezbytné, dítě zásadně ponecháváme v jeho rodinném prostředí.

KONKRÉTNÍ POSTUPY KURÁTORA A JEHO PRÁCE S NEZLETILÝM KLIENTEM – SKUTEČNÉ KAZUISTIKY

PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 1

Jako pohotovostní pracovník sociálně-právní ochrany dětí jsem byl pozdě večer o víkendů přivolán Policií ČR na jejich oddělení. Měli zde nezletilou dívku, která tvrdila, že byla proti své vůli držena v domácnosti rodinné známé a venku pod dohledem nucena k prostituci. Nezletilá měla bydliště ve zcela jiné části republiky, odkud pocházel i zbytek její rodiny. Do našeho regionu se dostala přes Německo, kam po smrti své matky odjela k další rodinné známé, a to i přes to, že byla soudně svěřena svému strýci. S rodinnou příslušnicí v Německu

měla nezletilá dle jejich slov udržovat dokonce lesbický poměr. Po nějakém čase byla nezletilá přivezena do Čech, prý namísto splátky finančního dluhu. Nezletilá dívka tu měla pro tuto jinou „tetu“ vydělat peníze právě prostitutí. Jednoho dne se nezletilá seznámila „na trase“ s mladým mužem, který se rozhodl vše oznámit policii a také tak učinil. Policisté prohledali označený byt a nezletilou zde skutečně našli.

Na oddělení PČR jsme nejprve s příslušníky poskládali základní informace o rodinných poměrech nezletilé dívky, neboť jsem domnělou „věznitelku“ nezletilé znal z jiných případů. Poté byl prováděn výslech nezletilé dívky, se kterou jsem nejdříve hovořil sám. Během policejního výslechu nezletilá vůbec neodpovídala vyslyšající policistce, ale své odpovědi směřovala k mé osobě, a následně se nezletilá vyslovila, že se s nikým jiným bavit nebude. Zřejmě zde sehrála roli i skutečnost, že jsem nebyl „uniformovaný“ a vzbuzoval jsem tím větší důvěru. Po celou dobu byla nezl. velice arogantní a vulgární, neboť zřejmě nepředpokládala, že zde bude muset zůstat. Bylo poměrně obtížné dívce vysvětlit, že je nezletilá a že jsem zde z důvodu ochrany jejích práv a zabezpečení její osoby. Pikantní na celé věci bylo, že nezletilé mělo být za týden 18 let. Po několika rozhovorech jsem nezletilou přesvědčil, že zde není nikdo oprávněný, kdo by si ji mohl převzít, a nezletilá byla umístěna na nezbytnou dobu do nemocničního zařízení ze sociálních důvodů. Následující pracovní den jsme se snažili udělat vše pro to, abychom nezletilou nemuseli umístit do ústavního zařízení. Její strýc si ji však odmítal převzít a jakékoliv další snahy o nalezení jiné vhodné osoby končily s negativním výsledkem. Nezbylo, než nezletilou předběžným opatřením svěřit na 7 dnů do péče diagnostického ústavu, kde si ji po této době vyzvedl její přítel. Když jsem se s nezl. dívkou setkal ještě před umístěním do ústavu v nemocničním zařízení, dávala najevo svou radost z našeho setkání. Z té sebevědomé a vulgární ženy byla „vystrašená“ a mírná dívka. Bylo zřejmé, že její původní projevy chování sloužily k obraně jí samotné a uvnitř byla velmi zranitelná.

PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 2

Náš odbor byl informován o nezletilé dívce (14 let), která měla údajně ještě se svou kamarádkou poskytovat klientům sexuální služby za úplatu. Když jsem s dívkou hovořil, nejdříve vše popírala a vymýšlela si. Po několika dalších větách již dívka vypovídala věrohodněji a nakonec se rozplakala. Uvedla, že ji k tomu zlákala kamarádka. S nezletilou jsme si o celém problému podrobně popovídali a ona mi řekla, že jsem první, komu se svěřila. „Dohodli“ jsme se, že takto musíme všechno společně říci mamince, která o ničem nevěděla. Společně jsme dali dohromady plán dalšího postupu a bylo patrné, že se nezletilé velmi ulevilo. S odstupem delšího času při opětovném rozhovoru s dotyčnou nezletilou mi tato sdělila, že se se svou „kamarádkou“ již nestýká. Uvedla, že ji tenkrát rozhovor na našem odboru pomohl a vše si snažila uvědomit a byla schopna v této věci otevřeně komunikovat se svou matkou. V současné době u této nezletilé dívky nenevidujeme poznatky týkající se prostituce.

OČEKÁVANÉ VÝSLEDKY V PRÁCI KURÁTORA

Bylo by skutečně odvážné očekávat, že samotná práce kurátora zásadním způsobem ovlivní celkové sociálně-patologické klima ve svěřené oblasti „ze dne na den“. Není naším cílem vyvolávat skepsi ve výsledcích kurátorské činnosti, pouze tím reflektujeme fakt, že

u nezletilých delikventů a ostatních klientů je k dosažení alespoň dílčích pozitivních výsledků naprosto nutná jejich vlastní vůle a motivace, které je v mnoha případech bohužel méně, než bychom si přáli. Kurátor může na druhou stranu velmi zásadně pomoci při prevenci závadového chování u dětí, které vykazují teprve predelikventní chování. I zde je ovšem potřeba maximální spolupráce rodiny dítěte.

ZHODNOCENÍ PROBLÉMU PROSTITUCE NEZLETILÝCH DĚTÍ JAKO REGIONÁLNÍHO FENOMÉNU A VIZE DO BUDOUCNA

I přes zvýšenou snahu měst ze svých ulic prostituci vymýtit je poskytování sexuálních služeb za úplaty stále velice rozšířeným jevem. Veliké nebezpečí spočívá též v přizpůsobivosti a flexibilitě jejich provozovatelů. Můžeme se domnívat, že dívky, které jsou vidět na ulici, představují pouhý zlomek celého „podniku“. Mnoho dívek má svou stálou klientelu a provozují prostituci například v domácím prostředí. Z praxe víme, že je velmi složité prokazatelně dokazovat, že nezletilé dítě prostituci skutečně vykonává. V tomto ohledu by měl největší díl práce kurátora spočívat v prevenci, děti o těchto problémech informovat a upozorňovat na všechna rizika, spolupracovat s rodinami, uskutečňovat přednáškovou činnost a taktéž dle možností provádět depistáž (vyhledávání) dětí ohrožených problémem prostituce.

Bc. Štěpán Tůrb

Zaměstnan při MÚ v Bílině, OSVaZ, oddělení sociálně-právní ochrany dětí, jako kurátor pro děti a mládež. Aktivně se věnuje problematice působení nepříznivých vlivů na výchovné prostředí nezletilých dětí a dospívající mládeže a zabývá se prevencí sociálně-patologických jevů. V rámci své profese taktéž působí jako drogový koordinátor a zabezpečuje volnočasové aktivity sociálně znevýhodněných dětí.

MÚ Bílina, OSPOD

Břežánská 50/4
418 01 Bílina
tel.: 417 810 928
e-mail: turb@bilina.cz
www.bilina.cz

Užívání drog u homosexuálních mužů a homosexuální chování u uživatelů drog

Ivo Procházka

Základní termíny (Procházka, 2010)

- **orientace** – převažující nebo výlučná citová a sexuální náklonnost k určitému pohlaví – heterosexuální, homosexuální, bisexuální (pokud existuje, bude velmi vzácná); jde o trvalou, stabilní charakteristiku osobnosti
- **identifikace** – ztotožnění se s určitou rolí – heterosexuální (96–98 %), homosexuální, bisexuální; sociologický a kulturně společenský pojem; je zjišťována v dotazníkových anketách
- **chování** – heterosexuální, homosexuální, bisexuální; behaviorální jev zpravidla vztažený k určitému časovému období, nemusí odrážet ani orientaci, ani identifikaci

Zdroje pro diagnostiku sexuální orientace

- sexuologická anamnéza
- sexuální fantazie, sny a představy, zejména při masturbaci, polcích
- schopnost zamilovávání a intenzita prožitku
- psychologické vyšetření – projektivní metody
- faloplethysmografické vyšetření
- rozvíjet sebezpoznaní pacienta – například během existujícího partnerského vztahu; vliv kultury a umění (osloví emoční stránku)

Coming out – proces rozpoznání, vyrovnání se a přijetí své homosexuální orientace

- obvykle po pubertě, zpravidla trvá několik měsíců až let (5–10 % již v dětství)
- mohou být přítomny depresivní, neurotické potíže
- je vyšší riziko suicidia (až 20 %), výskyt mentální anorexie (u chlapců je jinak vzácná)
- sexuální dysfunkce (opět u mužů jinak vzácná orgastická porucha)
- velký problém je sdělení rodičům (obava z odmítnutí, ale reálně nepřijetí až u 25%, více u dívek než u chlapců)

Coming out a drogy

- závislost na alkoholu (příp. abusus) je častější u lesbické a gay populace – více závisí na internalizované homofobii (odmítání sebe sama) než na sociálních aspektech (například hledání partnera v místech s konzumací alkoholu, v barech aj., Kus, 1990)
- častější nikotinismus (hlavně u žen)
- abusus drog v Evropě v lesbické a gay populaci spíše kopíruje většinovou společnost (výjimkou je častější užívání sexuální drogy poppers – amylnitritu u gay mužů; Sandfort, 2001)

Další faktory zvyšující riziko abusu návykových látek u lesbické a gay populace

- zkušenosti s diskriminací
- zkušenosti s domácím násilím (více u žen)
- zkušenosti s pohlavním zneužitím v dětství
- obava z nákazy či skutečná přítomnost HIV a ostatních sexuálně přenosných chorob
- sexuální kompulzivita (sex party)

Sex party a drogy

- inhalace poppers
- amfetaminy: více se uvádějí v USA; na sex party si lidé vezmou krystal + Viagru + Truvađu (lék snižující riziko nákazy virem HIV), spíše se týká privátních party
- taneční drogy: není dostatek informací, jak často hrají roli při sexu
- kokain: spíše sociální záležitost než sex party
- marihuana: akutní užití s nejistým efektem na sexualitu – někdy lepší prožitek, jindy blokáda erekce i zájmu, dle Doležalové Hrouzkové (2010) se u dlouhodobých uživatelů erekce ani zájem neliší

Nejistota v sexuální orientaci u heterosexuálů

- obvykle situační nejistota a lze snadno uklidnit zdůrazněním faktorů rozhodujících pro rozpoznání sexuální orientace
- počínající schizofrenie či obsedantně-kompulzivní porucha (nejistota neplyne z vnitřního prožívání, ale je často indukována či percipována zvenčí)
- heterosexuálně orientovaní homosexuální prostituti a pornoherci se častěji považují za bisexuály
- uživatelé drog – možné překrývání problému, viz kazuistika

KAZUISTIKA

- *20letý muž doma sdělil rodičům, že má problémy se sexuální orientací, aby zamaskoval příznaky užívání drog, pod jejichž vlivem se změnilo jeho chování.*
- *Takové chování je u heterosexuálů neobvyklé.*

- Při bedlivém vyšetření vyšlo najevo, že byl v rané pubertě dlouhodobě sexuálně zneužíván starším bratrem, což nikomu nikdy nesdělil.
- Jakou roli hrálo jeho homosexuální zneužití v dětství na následný abusus drog? A na falešné „přiznání“ údajně homosexuální orientace?

Studie EMIS – Abusus drog v gay komunitě

- EMIS – internetová behaviorální studie o znalostech, postojích a chování gay (MSM) mužů v 35 evropských zemích a 25 evropských jazycích
- termín vyplnění: červen–srpen 2010
- doba vyplnění: cca 30 minut
- hlavní řešitel: Robert Koch Institute Berlin
- mediální partneři: GayRomeo, ManHunt, iboys
- za ČR: Sexuologický ústav a ČSAP

Souhrnné výsledky EMIS – demografie

- 180 988 respondentů (nejvíce Německo – cca 55 000, nejméně Vatikán – 2), v ČR téměř 2 500
- průměrný věk: 30 let (pro ČR 27 let, patří mezi 5 zemí s nejmladšími respondenty)
- 4 % respondentů uvedla, že jsou HIV pozitivní (v ČR 2,7 %)
- 40 % mužů bylo otevřených se svou orientací (v ČR 57 %)
- vzdělání: v ČR 31 % magisterské, 10 % bakalářské
- HS identifikace: v ČR 81 %; srovnatelné s průměrem EMIS
- bydliště: Praha 42 %, pak rovnoměrně české a moravské regiony

Epidemiologické indikátory UNGASS dle studie EMIS

- UNGASS 8: procento mužů testovaných na HIV v posledních 12 měsících – 36 % (v ČR – 28 %)
- UNGASS 19: procento mužů, kteří použili kondom při posledním análním styku – 55 % (v ČR 41 %)
- UNGASS 23: procento HIV+ mužů z testovaných – 14 % (v ČR 5 %)

EMIS – usus a abusus u českých gay mužů

- **anabolické steroidy:** 2 %; v Evropě méně než v USA
- **injekční užívání drog:** 1,2 %; klienti komerčního sexu 4,5 % (p=0,006), poskytovatelé komerčního sexu 3 % (nebylo významné)
- **alkohol:** problémové sebehodnocení u 9 %; konzumace alkoholu v posledním týdnu 77 %; přesto více než třetina respondentů v jiném dotazu uvedla, že nepije ani nebere drogy?!
- **problémové sebehodnocení při rekreačním užívání drog:** obavy mají 3 %

- **tabák:** v posledních 24 hodinách uvedlo konzumaci 37 %; vzhledem k charakteru souboru je to zřejmě u gay mužů více než průměr v populaci, dle Králíkové (2010) je populační průměr 29–36 %
- **poppers (amylnitrit):** 27 % uvedlo užívání v posledních 12 měsících
- **Viagra, Cialis:** 10 %; vzhledem k průměrnému věku souboru je to více než v populaci a lze předpokládat rekreační užívání
- **benzodiazepiny, hypnotika:** 24 % mužů je užila v posledním roce
- **užití jiných drog** uvedla téměř polovina souboru (49 %); jednalo se o marihuanu, taneční (party) drogy, ketamin
- zkušenost s **marihuanou** je u českých mužů majících sex s muži nejčastější ze všech evropských zemí (přes 30 %), ale zřejmě to platí pro užití cannabisu i ve většinové společnosti

Socializace českých gayů dle studie EMIS

- **skupina/organizace/klub:** 13 % respondentů navštívilo za poslední měsíc nejméně jednou nějakou organizaci, skupinu či klub
- **bary a hospody:** 41 % respondentů navštívilo za poslední měsíc nejméně jednou nějaký gay bar či hospodu
- **diskotéky, noční kluby:** 32 % respondentů navštívilo za poslední měsíc nejméně jednou nějakou gay diskotéku či noční klub
- **místa s dostupností anonymního sexu** (v ČR prakticky jen Praha, Brno, Ostrava)
- **gay sex kluby:** 23 % respondentů navštívilo za poslední rok nejméně jednou nějaký gay sex klub
- **soukromé sex party:** 8 % respondentů navštívilo za poslední rok nejméně jednou nějakou soukromou sex party
- **sauny:** 20 % respondentů navštívilo za poslední rok nejméně jednou nějakou gay saunu
- **porno kina:** 10 % respondentů navštívilo za poslední rok nejméně jednou nějaké pornokino

Homosexuální chování u heterosexuálních uživatelů drog – marihuana

- Mezi uživateli marihuany mělo 11 % pohlavní styk s mužem (vs. 3 % v populaci).
- 13 % uživatelů se považuje za bisexuály (vs. 10 % v populaci), rozdíl není statisticky významný.
- Lze vysvětlit spíše obecně liberální postoji i liberálními postoji k sexualitě – častější jsou u uživatelů i pohlavní styky s nahodilou partnerkou. Roli může hrát i subjektivně uváděný vyšší zájem o sex u uživatelů, rozvoj tzv. sensation-seeking a možná vyšší pravdomlupnost u respondentů.

Homosexuální chování u heterosexuálních uživatelů drog – amfetaminy a opioidy

- Dle studie Justinové a Weisse (2009) měli vcelku podle očekávání uživatelé amfetaminů větší sexuální zájem a více sexuálních partnerek, tedy zřejmě to platí i pro častější homosexuální styky.

- Homosexuální zkušenosti u uživatelů amfetaminů by měly souviset s tímto faktorem, u uživatelů opiátů se případné homosexuální chování předpokládalo spíše v souvislosti s poskytováním komerčního sexu.
- U mužů je reálná homosexuální zkušenost dvakrát vyšší než v populaci, je srovnatelná u obou skupin – uživatelů amfetaminů i uživatelů opioidů (9–10 %).
- Srovnatelně častější u mužů obou skupin bylo i poskytování komerčního sexu (20 %), což je více než v gay komunitě dle studie EMIS (4 %). Relativně často uváděli i poskytování komerčního sexu opačnému pohlaví.
- **Uživatelky ženy měly homosexuální zkušenost výrazně vyšší než je průměr v populaci** – uživatelé amfetaminů 61 % a uživatelé opiátů 51 % (vs. 8 % v populaci).
- **Uživatelky ženy podstatně častěji uváděly i bisexuální sebeidentifikaci.**
- U mužů je bisexuální sebeidentifikace srovnatelná s průměrem populace.

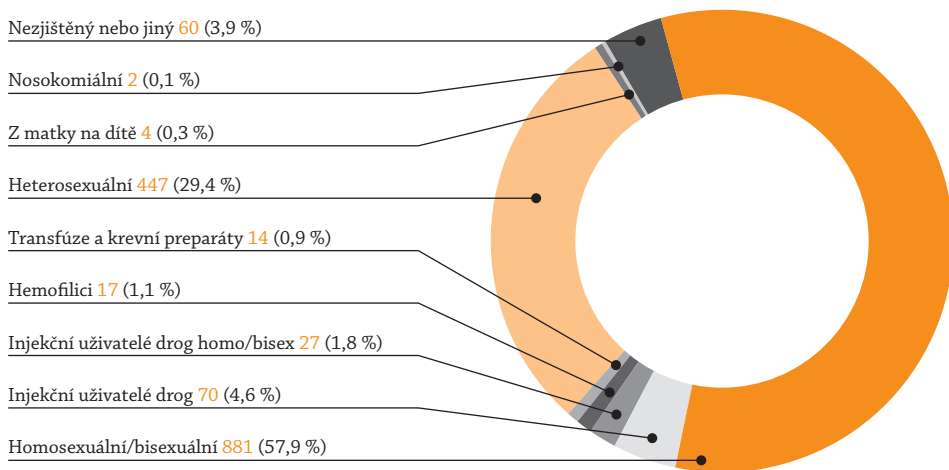
HIV infekce u injekčních uživatelů drog

- Dobrovolné a anonymní HIV testování v Domě světla doprovází i program preventivních besed s nabídkou testování ve vězeních, z nichž podstatná část klientů má v anamnéze injekční užívání drog (připočítáni jsou i dobrovolní anonymní klienti z Domu světla, kteří uvedli injekční užívání drog v anamnéze).
- V roce 2009: 136 osob, v roce 2010: 148; **ani jeden z vyšetřených nebyl HIV pozitivní.**
- V jiném programu HIV testování ve vězeních zjištěn z obdobného počtu jeden HIV pozitivní, který o své nákaze již věděl.

Z celkového počtu 1522 osob, u nichž byla diagnostikována HIV infekce:

- **heterosexuální injekční uživatelé drog: 71 (4,6 % všech HIV+)**
- **homosexuální injekční uživatelé drog: 27 (1,8 % všech HIV+)**

ROZDĚLENÍ HIV POZITIVNÍCH PŘÍPADŮ PODLE ZPŮSOBU PŘENOSU – KUMULATIVNÍ ÚDAJE K 31. 12. 2010



Zdroj: Národní referenční laboratoř pro AIDS, SZÚ Praha

ZÁVĚR

- Užívání drog se v mužské homosexuální komunitě výrazně neliší od ostatní populace (výjimku představuje inhalace sexuální drogy poppers a rekreační užití léků na erekci). Běžné je i podhodnocování abusu alkoholu.
- V minulosti byl u gay mužů i lesbických žen opakovaně prokázán častější abusus alkoholu v souvislosti s internalizovanou homofobií.
- Uživatelky drog mají častější bisexuální identifikaci a podstatně častější homosexuální zkušenost.
- Uživatelé drog – muži mají častěji homosexuální zkušenost, ale nikoli nejistotu v identifikaci.
- Uživatelé drog – muži také častěji poskytují sexuální služby (20 % vs. 4 % v gay komunitě).
- Zjištěná data ukazují potřebu dalších výzkumů, hlavně v sexualitě uživatelky drog i v problematice abusu drog mezi lesbickými ženami.

Literatura

DOLEŽALOVÁ HROUZKOVÁ, A. *Sexualita uživatelů marihuany: diplomová práce*. Praha: FF UK, katedra psychologie. 2010. 215 s., 5 příloh. Vedoucí práce: prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D.

JUSTINOVÁ, J., WEISS, P. Sexuální aktivity uživatelů pervitinu a Subutexu. *Česká a Slovenská Psychiatrie*. 2009, 105(3). s. 115–120. ISSN 1212-0383.

KRÁLÍKOVÁ, E., ŠTĚPÁNKOVÁ, L., HELLEROVÁ, P. *Syndrom závislosti na tabáku*. In: *Psychiatrie – Doporučené postupy psychiatrické péče III*. Brno: Tribun, 2010, s. 105–114. Postgraduální studijní text.

KUS, R. N. *Keys to Caring: Asisting your gay and lesbian clients*. Boston: Alyson Publications, 1990. ISBN 978-0-93287-086-5.

MARSAL, M. P. et al. Sexual orientation and adolescent substance use: a meta-analysis and methodological review. *Addiction*. 2008, 103, p. 546–556. ISSN 0965-2140.

PROCHÁZKA, Ivo. Sexuální orientace. In: *Sexuologie*. Weiss, P. a kol. Praha: Grada, 2010, s. 107–119.

SANDFORT, T. G. M. et al. Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders: Finding from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Archives of General Psychiatry*. 2001, 58, p. 85–91. ISSN 0003-990x.

MUDr. Ivo Procházka, CSc.

Sexuolog, psychiatr, odborný pracovník Sexuologického ústavu, předseda České společnosti AIDS pomoc, vedoucí poradny pro HIV/AIDS při Sexuologickém ústavu a v Domě světla. Člen komise pro HIV surveillance při MZD a komise pro sexuální menšiny při RVLP.

Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN

Apolinářská 4
128 08 Praha 2
tel.: 224 968 248
e-mail: ivo.prochazka@seznam.cz

Drogy a noční gay život v Praze aneb Zkušenosti z práce terénního pracovníka České společnosti AIDS pomoc

Peter Porubský

ČESKÁ SPOLEČNOST AIDS POMOC

Občanské sdružení Česká společnost AIDS pomoc (ČSAP) vzniklo na přelomu let 1989 a 1990. Činnost společnosti se v současné době zaměřuje zejména na testování na HIV infekci v ambulanci Domu světla (testování zde je anonymní a zdarma) a na preventivní aktivity (např. besedy ve školách i v prostorách ČSAP). ČSAP je zřizovatelem Domu světla, který slouží také jako azylové centrum pro HIV pozitivní v nouzi.

STREETWORK V PROSTŘEDÍ GAY KOMUNITY

Projekt „Streetwork“ patří mezi nejmladší preventivní aktivity ČSAP. Vznikl jako reakce na vysoký podíl přenosu HIV infekce prostřednictvím homosexuálního styku. Právě v posledních letech tvoří homosexuální přenos více než 70% podíl nově zachycených případů HIV infekce. Při současném nárůstu HIV infekcí (zejména v Praze) můžeme tyto procentuální statistiky převést na docela děsivou skutečnost: každý týden se v ČR dozvědí dva gayové, že jsou HIV pozitivní. Dodáváme, že jsou to pouze ti, kteří se o své HIV pozitivitě dozvědí. Kolik dalších svůj serostatus vůbec nezjistí?

Zmiňovaný projekt vychází z jednoduché pragmatické filozofie harm reduction, jejímž hlavním cílem je ochrana veřejného zdraví. Realizuje se od roku 2008 a jeho primárním posláním je distribuce preventivních balíčků obsahujících kondom, lubrikant a informační letáky o HIV/AIDS a dalších sexuálně přenosných nemocech. Dalším a neméně důležitým cílem je motivace gayů k tomu, aby se o svůj serostatus zajímali – nechali se testovat na HIV protilátky. Cílovou skupinou projektu jsou muži mající sex s muži (MSM).

Vlastní práce streetworkera spočívá v navštěvování míst – podniků, které MSM vyhledávají. Jde o gay kluby, diskotéky, kavárny, sauny nebo pornokina (celkově jde o cca 25 nejručnějších podniků v Praze a v Brně). V těchto podnicích streetworker nejdříve domlouvá své působení s majiteli a provozními. Pak kontaktuje návštěvníky a rozdává preventivní balíčky. Jde o klasickou terénní práci s akcentem na přímý kontakt s klienty, přičemž tento kontakt je hodně determinován prostředím a typem podniku. Pokud to podmínky na místě alespoň

trochu umožňují (v kavárnách a méně hlučných barech), pracovník navazuje s návštěvníky podniků rozhovor, při kterém poskytuje základní informace o HIV a pohlavně přenosných nemocech, možnostech testování, současných statistikách šíření infekce HIV v ČR i ve světě a především motivuje klienty k bezplatnému a anonymnímu testování v poradně Domu světla. Streetwork probíhá zejména o víkendů, a to především v pozdních večerních a nočních hodinách. Od počátku projektu v roce 2008 jsme v gay komunitě distribuovali již více než 20 000 kondomů.

DROGY V GAY KOMUNITĚ

Při výkonu práce streetworkera se mezi gayi nelze neseťkat s užíváním drog. Již z pouhého pozorování můžeme potvrdit, že nejčastěji užívanou nealkoholovou drogou mezi gayi je marihuana, která se kouří i ve vnitřních prostorách kaváren, barů a diskoték. Oblíbenou drogou mezi gayi jsou pak poppers (další informace např. na <http://www.004.cz/poppers-gay-droga>), které se používají při sexu jako afrodiziakum. Užívání dalších drog, jako jsou kokain, extáze, halucinogenní drogy (LSD, psilocybin), případně pervitin, mohou kopírovat rozsah užívání drog u většinové heterosexuální populace. S užíváním drog opiatového typu jsme se v naší praxi zatím neseťkali, ale rozhodně nevylučujeme, že se mezi uživateli heroinu a Subutexu nenajdou homosexuálně orientovaní jedinci. Tito uživatelé spíše netvoří klientelu výše zmíněných podniků.

Jako o zásadním znaku užívání drog mezi MSM můžeme mluvit o užívání více drog najednou, zejména pak v kombinaci s alkoholem. Typickým příkladem jsou víkendové večírky, kdy se v jinak poklidné kavárně potkají známí a přátelé (většinou homosexuální muži se svými kamarádkami) z tzv. skupiny „zlaté mládeže“ (průměrný věk uživatelů kokainu odhadujeme na 30 let). Jeden nebo dva lidé z této skupiny přátel jsou „hostiteli“ – tedy těmi, kteří nakoupí dva až pět gramů kokainu a zvou na něj vybranou společnost u svého stolu. Ve dvojicích až čtveřicích se pak v pravidelných (cca hodinových) intervalech odchází šňupat na toalety. U toho se pije vždy obrovské množství alkoholu (kokain potlačuje příznaky opilosti) a občas kouří marihuana. Pokud se pak společně pokračuje za bujařejší zábavou do tanečního klubu, často se účinky kokainu podpoří také extází, případně začne kolovat lahvička s poppers (společné užívání stimulačních drog a poppers je přitom životu nebezpečné). Celý večírek pak může končit pilulkou Xanaxu pro lepší spaní. Takové párty přitom neslouží primárně k nalezení sexuálního partnera. Skupiny uživatelů kokainu jsou často uzavřené, dostat se do nich lze pouze na pozvání a jsou zaměřené na prožití co největší možné společenské zábavy. I když se odborníkovi – adiktologovi může zdát výše uvedený popis večírku na hranici mezi problémovým užíváním a závislostí, členové těchto skupin své užívání vnímají jako běžný způsob trávení večerních akcí, nikoli jako problém, kterého by se chtěli zbavit. Také můžeme říct, že motivační práce s uživateli kokainu je velice náročná, protože drogy nijak nezasahují do jejich životního komfortu, ba naopak kokain jejich životní komfort vytváří. Jakoukoliv změnu odmítají, protože oni nejsou žádné „fetáčké socky“, které by potřebovaly léčbu. Mají lukrativní zaměstnání a dostatek peněz na příjemňování si svého života způsobem, na který většina lidí nemá. Práce s uživateli kokainu dle našeho názoru zůstává nadále neprobádanou oblastí a poměrně tvrdým oříškem pro odbornou adiktologickou veřejnost.

Stojí ještě za to zmínit pár znaků, které jsou dle našeho názoru pro užívání drog mezi MSM významné a které vyplynuly z nestrukturovaných rozhovorů terénního pracovníka ČSAP s homosexuálními muži:

- Abusus drog a alkoholu může souviset s nedokončeným procesem coming outu a se snižováním úzkosti pramenící z internalizované homofobie.
- Užití drogy (zejména THC nebo halucinogenních drog) může vést k nastartování procesu coming outu.
- Užívání drog je často spojeno s navazováním nových kontaktů, seznamováním a nabídkou sexu – zejména na internetu (např. seznamování na chatech: „...brčko a reál u mě doma...“, „...orál, anál, poppers, hned teď?“)

S užíváním drog je často spojena prezentace společenského statusu (pohodář, bohém, high society, paříč).

Užívání drog je silně vázané na skupinu, na společné sdílení, zábavu, párty, večírky.

Užívání drog málokdy přesáhne hranici, za níž následuje sociální propad.

Tyto závěry, které vycházejí pouze z našich pozorování, bychom rádi nabídli jako výchozí hypotézy pro další kvalitativní i kvantitativní výzkumy jak pro adiktology, tak pro odborné pracovníky gender studií.

Mgr. Peter Porubský

Vystudoval psychologii a biologii na univerzitě ve slovenské Nitře, celý svůj dosavadní profesní život věnoval oblasti sociální péče a neziskovému sektoru. Na Slovensku působil jako konzultant Dětské linky záchrany, dnes pracuje jako vedoucí Linky bezpečí. V letech 2006 až 2010 se věnoval oblasti drogové prevence, nejdřív jako vedoucí Kontaktního centra SANANIM, následně na MŠMT v odboru prevence, speciálního vzdělávání a institucionální výchovy. Od r. 2008 pracuje pro ČSAP jako streetworker.

Česká společnost AIDS pomoc, o. s.

Malého 3/282
186 21 Praha 8-Karlín
tel.: 224 81 42 84
e-mail: info@aids-pomoc.cz
www.aids-pomoc.cz

Užívání návykových látek u sexuálních pracovníků aneb Poznátky o. s. ROZKOŠ bez RIZIKA

Lucie Grolmusová

O SDRUŽENÍ

ROZKOŠ bez RIZIKA, o. s. (dále jen R-R), je občanské sdružení, jehož cílem je prevence, diagnostika a léčba sexuálně přenosných infekcí a HIV/AIDS. Organizace má sídlo v Brně a poradenské pobočky v Praze a v Českých Budějovicích. Působnost organizace je ve 12 krajích (Hlavní město Praha, Středočeský, Jihočeský, Královéhradecký, Pardubický, Liberecký, Ústecký, Vysočina, Jihomoravský, Zlínský, Moravskoslezský, Olomoucký), které obstarává 9 terénních týmů. Každý tým tvoří sociální pracovníci a zdravotně-edukační pracovníci. Navíc je možné využít mobilní ambulance, kterou má organizace k dispozici, k návštěvě lokalit s horší dostupností služeb.

V rámci terénní práce navštěvují týmy erotické kluby, ulice, parkoviště a priváty, kde nabízí:

- vyšetření na pohlavně přenosné nemoci,
- zdravotní poradenství,
- poradenství vztahující se k nemocem, bezpečnějšímu sexu, snižování rizik,
- sociální poradenství dle zakázky klientky.

CÍLOVÁ SKUPINA

- **sexuální pracovníci** (ženy poskytující placené sexuální služby, tzn. společnice, tanečnice, pornoherčky apod.)
- **bývalé** sexuální pracovníci
- **ostatní osoby** působící na scéně sexbyznysu (jen pro terénní práci), např. barmanky, majitelé podniků apod.
- ženy, které jsou ohroženy **rizikovým způsobem života** (např. život na ulici)

POSKYTOVANÉ SLUŽBY

- **sociální služby** – základní a odborné sociální poradenství; probíhá v poradenských centrech i v rámci terénního programu (kluby, ulice, priváty) a odvíjí se od zakázky konkrétní klientky
- **terapeutické služby** – individuální psychoterapie (od května 2011 i skupinová terapie)
- **zdravotnické služby** – prevence (předávání informací a prostředků), testování na HIV a další pohlavně přenosné nemoci, diagnostika a léčba pohlavně přenosných infekcí (STI)
- **volnočasové aktivity** – akce pro matky s dětmi (víkend na horách nebo v chráněných dílnách, kde si klientky mohou samy vyrobit košíky, koberce apod.), divadelní soubor Rozkoš, ve kterém účinkují jak pracovnice, tak klientky
- **akce pro veřejnost** – např. každoročně pořádaný AIDS day (koná se 1. prosince u příležitosti světového dne boje proti AIDS, kdy nabízíme bezplatné anonymní testy na HIV široké veřejnosti)
- aktivity zaměřené na prosazování práv sexuálních pracovníků (17. prosinec, komentáře legislativy k prostituci)

SOCIÁLNÍ PRÁCE

Sociální práce probíhá jak v rámci terénní práce, tak v poradnách.

Terénní práci poskytují týmy na ulici či docházejí do erotických klubů, privátů, nabízejí rychlotesty na HIV a syfilis. Součástí práce je také předávání informací o bezpečnějším sexu, nemocech, osobní bezpečnosti, o testech a odborné či jiné sociální poradenství.

V rámci **střediska** je situace jiná – klientka přichází za námi a čerpá sociální nebo zdravotní služby (kompletní vyšetření na pohlavně přenosné infekce a HIV/AIDS). S každou **novou** klientkou (první kontakt s naší organizací), která přichází využít zdravotních služeb, se sepisuje zdravotní dokumentace, jejíž součástí je mj. základní **drogová anamnéza** (alkohol a jiné návykové látky, tabák, gambling). Data takto získaná odrážejí především ochotu klientek se nám s touto problematikou svěřit.

Ať už přímo nebo nepřímo, registrujeme, že tyto dvě oblasti (návykové látky a sexbyznys) jsou vzájemně propojeny. Důvody, proč některé sexuální pracovnice začínají užívat návykové látky, jsou rozmanité. Obdobně bývají rozmanité i důvody vedoucí některé uživatelky drog do sexbyznysu (viz dále). Registrujeme jak příležitostné užívání, závislost, tak i užívání v minulosti. Mezi klientkami jsou ale i ženy, které návykové látky neužívají.

SROVNÁNÍ ULICE VS. KLUB

Okolnosti užívání návykových látek jsou různé v závislosti na typu prostituce nebo místě působení.

Na ulici častěji registrujeme ženy, které nejdříve užívaly návykové látky a do sexbyznysu se dostaly až následně – často jako ke snadnému zdroji peněz. Tyto ženy také užívají častěji nelegální návykové látky (zejména stimulancia, opiáty) a je u nich také častější i.v. aplikace. Další skupinou jsou ženy, které začaly užívat návykové látky až po vstupu do sexbyznysu, ale i ženy, které se ocitly v tíživé sociální situaci (matky samoživitelky, s nízkým vzděláním, životem po ubytovnách a podnájemch). U těchto žen je patrně častější užívání alkoholu „na kuráž“. Na ulici registrujeme také ženy, kterým nevyhovuje prostředí a pravidla klubů. Tabák se v obou skupinách vyskytuje ve vysokém procentu (až 90 %). V menší míře se setkáváme v obou skupinách i s gamblingem. Můžeme zde samozřejmě najít také ženy, které návykové látky neužívají.

Je třeba doplnit, že užívání návykových látek se mezi sexuálními pracovníkyněmi rozšířilo až po revoluci, kdy se otevřela drogová scéna a s ní i pouliční prostituce. Do té doby nebylo užívání příliš běžné.

V erotických klubech nacházíme častěji ženy původně sexuální pracovníkyně, které začaly užívat návykové látky až následně. Častěji je zde užíván alkohol (pravidla klubu, „na kuráž“), ale i jiné návykové látky (stimulancia – „na výdrž“ – vysoká konkurence). Kouří zde 80–90 % pracovník. Způsob aplikace je především šňupání (dbají na vzhled, užívání nesmí být poznat), návykové látky užívají skrytě, a to zejména kvůli pravidlům podniků (tolerance či vyhazov z podniku).

Mezi nejčastěji užívané látky patří především alkohol, tabák, stimulancia (pervitin, kokain) a opiáty (patrně Subutex, heroin).

STATISTIKY

Níže uvedená data jsou sebraná za rok 2010 při terénní práci, kde nabízíme rychlotesty na HIV a syfilis, a při práci ve středisku, kde poskytujeme kompletní testy na pohlavně přenosné infekce a HIV/AIDS. Součástí zjišťovaných údajů od klientek pro vyšetření je i základní drogová anamnéza.

VZTAH UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK A MÍSTA PŮSOBNÍ

Z celkového počtu 1 144 žen (ty, které odpověděly na všechny sledované charakteristiky) uvedlo užívání návykových látek 138 (12 %). Z toho 87 (63 %) z nich pracovalo v klubu a 39 (28,26 %) na ulici. I.v. užívání uvádí 28 žen (3 %) pracujících v klubu a 19 žen (14,62 %) pracujících na ulici. Užívání v minulosti udává 58 žen (6,22 %) pracujících v klubu a 7 žen (5,38 %) pracujících na ulici (viz tabulka 1).

TABULKA 1 – VZTAH UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK A MÍSTA PŮSOBNÍ

Místo působení	Drogy Ne	Drogy Ano	Drogy intravenózně	V minulosti	Celkem
klub	759	87	28	58	932
ulice	65	39	19	7	130
privát	40	5	3	3	50
jiné	14	7	1	1	23
prázdné	9				
celkem	887	138	50	69	1144

VZTAH VZDĚLÁNÍ A UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

58 žen (18,59 %), které udávají užívání návykových látek, udává pouze základní vzdělání. 26 žen se základním vzděláním (8,33 %) uvádí zároveň i.v. užívání a 27 žen se základním vzděláním (8,65 %) uvádí užívání návykových látek v minulosti. 30 žen (7,69 %) udává středoškolské vzdělání bez maturity a z toho 19 žen (4,87 %) uvádí užívání návykových látek v minulosti a 7 žen (1,79 %) uvádí i.v. užívání. Středoškolské vzdělání s maturitou uvádí 23 žen (7,49 %), 10 žen (3,26 %) z toho uvádí i.v. užívání a 17 žen (5,54 %) udává užívání návykových látek v minulosti (viz tabulka 2).

TABULKA 2 – VZTAH UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK A VZDĚLÁNÍ

Vzdělání	Drogy Ne	Drogy Ano	Drogy intravenózně	V minulosti	Celkem
nedokončené	17	1			18
základní	201	58	26	27	312
střední bez maturity	334	30	7	19	390
střední s maturitou	257	23	10	17	307
vysokoškolské	30	1		1	2
prázdné	48	25	7	5	85
celkem	887	138	50	69	1144

UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK A POČET DĚTÍ

69 žen (11,98 %), které uvedly užívání návykových látek, nemá děti, z toho 25 žen (4,34 %) udává i.v. užívání a 39 žen (6,77 %) udává užívání návykových látek v minulosti. 41 žen (13,76 %) udává jedno dítě, z toho 10 žen (3,36 %) zároveň udává i.v. užívání a 15 z nich (5,03 %) udává užívání návykových látek v minulosti. 9 žen (8,49 %) uvedlo že má dvě děti

a současně užívání návykových látek, 3 ženy (6,38 %) uvedly, že mají 3 děti při současném užívání návykových látek (podrobněji viz tabulka 3).

TABULKA 3 – VZTAH UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK A POČET DĚTÍ

Počet dětí	Drogy Ne	Drogy Ano	Drogy intravenózně	V minulosti	Celkem
0	443	69	25	39	576
1	232	41	10	15	298
2	84	9	4	9	106
3	42	3	1	1	47
4	7		2	2	10
5	4		2		6
prázdné	75	16	7	3	101
celkem	887	138	50	69	1144

VZTAH VĚKU A UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

47 žen (14,11 %), které uvedly užívání návykových látek, byly ve věku 21–25 let. 46 žen (14,51 %) bylo ve věku 26–30 let a 26 žen (12,74 %) bylo ve věku 31–35 let. I.v. užívání udává 23 žen (6,91 %) ve věku 21–25 let a 11 žen (3,47 %) ve věku 26–30 let. Užívání návykových látek v minulosti uvádí 32 žen (9,61 %) ve věku 21–25 let, dále 18 žen (5,68 %) ve věku 26–30 let a 12 žen (5,88 %) ve věku 31–35 let. Obecně nejvíce exponovanou věkovou skupinou ve všech ohledech je skupina 21–25 let (podrobněji viz tabulka 4).

TABULKA 4 – VZTAH UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK A VĚKU

Věk	Drogy Ne	Drogy Ano	Drogy intravenózně	V minulosti	Celkem
do 20 let včetně	58	11	6	3	78
21–25	231	47	23	32	333
26–30	242	46	11	18	317
31–35	162	26	4	12	204
36–40	105	5	3	3	116
41–45	50	1	2	0	53
46–50	20	0	1	1	22
51–55	15	2	0	0	17
55 let a více	3	0	0	0	3
prázdné	1				1
celkem	887	138	50	69	1144

HYPOTÉZY O VZTAZÍCH MEZI UŽÍVÁNÍM NÁVYKOVÝCH LÁTEK A PRACÍ V SEXBYZNYSU

Na základě práce se ženami poskytujícími placené sexuální služby jsem vyvodila několik hypotéz o vztazích užívání drog a práce v sexbyznysu. Jedná se pouze o hypotézy, které mohou být předmětem další diskuze či zkoumání.

- Sex jako zdroj peněz na drogy
- Droga jako „prostředek k práci“ – s drogou sexuální pracovnice lépe zvládne práci, je výkonnější, otupělejší. V rámci poradenství je třeba upozornit na rizika, která toto s sebou přináší, a poradenství tomu přizpůsobit.
- Návykové látky jako součást prostředí sexbyznysu – zejména alkohol. Klientky v klubech jsou vedeny k tomu, aby pobízely zákazníky ke konzumaci. I toto má svá rizika, opilí zákazníci mohou být agresivnější, méně respektující sjednané podmínky apod.
- Užívání „na kuráž“, aby pracovnice práci vůbec ustála a mohla do klubu či na ulici jít a pracovat, oslovovat zákazníky apod. Může nastat i situace, kdy někdo pracovníci dá drogu, aby byla povolnější.
- Forma „vztahu“ – vztah s dealerem, on ji zásobuje, ona je za to „s ním“.
- Oboje jako forma sebedestruktivního jednání (např. následkem sexuálního zneužívání, násilí apod.)
- Oboje má podobné legislativní vymezení (samotné užívání návykových látek ani prostituce nejsou zákonem zakázány, postihují se s tím spojené činy – prodej, kuplířství apod.)
- Společný výskyt, neboť se oboje vyskytuje v podobném prostředí.

Při souběhu sexuální práce a užívání návykových látek jsou ženy ohroženy celou řadou rizik. Řada žen uživatelek návykových látek i sexuálních pracovnic má zkušenost s násilím (až polovina žen pracujících v klubech se setkala s násilným chováním ze strany zákazníků; Poláková, 2008). Objevují se psychické potíže, které ovšem klientky nechtějí příliš rozkrývat v rámci sociální práce. Patrně půjde o otázku psychoterapie pro sexuální pracovnice a uživatelky drog. Ženy poskytující placené sexuální služby a užívající návykové látky jsou také ohroženy infekčními nemocemi. U uživatelek návykových látek jsou typické hepatitidy, v posledních letech i sexuálně přenosné nemoci (nejčastěji syfilis). Domníváme se, že jsou častěji ochotnější přistupovat na rizikové praktiky, kvůli výdělku. Kombinace sexuální práce a užívání návykových látek s sebou přináší větší míru sociální degradace (dvojitá stigma, nejhorší postavení i v hierarchii sexuálních pracovnic) než výskyt samostatný.

Co se týká odlišností sexuálních pracovnic uživatelek od pracovnic, které návykové látky neužívají, je nám z praxe patrné několik rozdílů. Uživatelky návykových látek mají často vícečetné problémy (samotné užívání návykových látek, bezdomovectví, nezaměstnanost, záznam v trestním rejstříku, děti v ústavech apod.). Často můžeme sledovat obecně nižší motivaci využít služeb s vyšším prahem (např. ordinace), využívají především terénních služeb. Jsou mnohdy celkově zdravotně a gynekologicky zanedbané (nemají gynekologa, dlouhodobě k němu nedocházejí, jsou těhotné, nemají praktického lékaře apod.).

ZÁVĚR

Z našich poznatků vyplývá, že se oba jevy (užívání návykových látek i sexuální práce) společně vyskytují. Zůstává ale otázkou, jaká je skutečná míra společného výskytu. Nedá se jednoznačně říci, co bylo dříve, patrně existuje více skupin klientek (ty, které primárně užívaly návykové látky a sekundárně začaly poskytovat sexuální služby, a naopak ty, které byly primárně sexuální pracovnice a sekundárně začaly užívat návykové látky) a patrně existuje také více příčin (peníze na drogy, braní, aby práci ustály, apod.). U našich klientek registrujeme neochotu přiznávat užívání návykových látek. Když už pracují v sexbyznysu, což je pro ně určité stigma, nechtějí již další stigma v podobě nálepky uživatelky návykových látek.

Je evidentní, že kvůli nezacílenosti služeb na obě oblasti současně se jedná o poměrně latentní jev, který je potřeba dále a hlouběji zkoumat a reagovat na souběh těchto jevů patřičnými službami či prevencí.

Mgr. Lucie Grolmusová

Vystudovala studijní obor adiktologie na 1. LF UK a návazující magisterský obor sociální politika a sociální práce na FF UK. Pracuje již čtvrtým rokem v občanském sdružení ROZKOŠ bez RIZIKA jako sociální a terénní pracovnice.

Zdroje

Poláková, J. Pracovní podmínky klientek ROZKOŠE bez RIZIKA pracujících v pražských sexklubech. Praha, 2008, Fórum sociální práce.

ROZKOŠ bez RIZIKA, o. s.

Bolzanova 1

110 00 Praha 1

tel.: 224 234 453

e-mail: kancelar@rozkosbezrizika.cz

www.rozkosbezrizika.cz

Sex, drogy a noční život mladých lidí

Soňa Pekarovičová, Katarína Jirešová, Katarína Sokolová, Katarína Čavojská

Příspěvek představuje výsledky průzkumu, který realizovalo občanské sdružení Odysseus (program SEX/DROGY) v prostředí festivalů a nočního života v roce 2009. Osloveno bylo 1051 mladých lidí ve věku 13–30 let (nejvíce oslovených bylo ve věku 20–22 let), přičemž se zúčastnilo 55,5 % mužů a 44,5 % žen. Mladí lidé byli osloveni náhodně, dotazníky byly anonymní. Dotazovaní byli předem upozorněni, že jde o dotazník pro odvážnější jedince a že se týká sexu.

Výzkum byl realizován za finanční podpory Ministerstva školstva SR (administrátorem byla Iuventa – slovenský institut mládeže).

SEXUÁLNÍ ZKUŠENOSTI MLADÝCH LIDÍ

Většina dotázaných (94 %, tzn. 986 mladých lidí) má se sexem praktické zkušenosti:

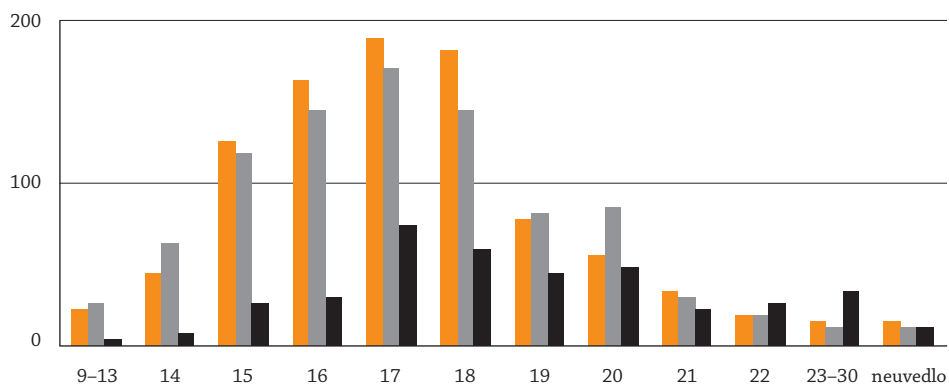
- s vaginálním stykem má zkušenost 90 % dotázaných, tedy 946 mladých lidí,
- s orálním sexem má zkušenost 86 % dotázaných, tedy 902 mladých lidí,
- s análním stykem má zkušenost 37 % dotázaných, tedy 389 jedinců.

6 mužů přiznalo, že měli sex s mužem, 65 žen uvedlo, že měly sex se ženou.

Výzkum ukázal, že pouze jednoho sexuálního partnera/partnerku mají během života více ženy (24 %) než muži (13 %), přičemž ženy ve srovnání s muži obecně uvádějí menší počet sexuálních partnerů. 15 procent mužů uvedlo, že mělo 11 a víc sexuálních partnerek/partnerů, mezi ženami tento počet uvedlo pouze 9 procent z nich.

První zkušenost s vaginálním a orálním sexem mají mladí lidé nejčastěji kolem 17. roku života. Zkušenost s análním stykem probíhá o trochu později, ale i ta většinou proběhne před dosažením plnoletosti. Podrobné údaje uvádí graf První sexuální zkušenost.

GRAF 1 – PRVNÍ SEXUÁLNÍ ZKUŠENOST / POČET MLADÝCH LIDÍ



Věk	9-13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23-30	neuveďlo
vaginální styk (946 lidí)	24	45	127	163	190	182	78	56	35	17	14	15
orální sex (902 lidí)	25	63	118	143	170	146	82	84	30	20	11	10
anální sex (386 lidí)	5	8	27	30	73	60	45	50	21	27	32	11

POZNATKY VÝZKUMU TÝKAJÍCÍ SE VAGINÁLNÍHO SEXU

- Vaginální sex preferuje největší počet mladých lidí (praktikuje ho 946 dotázaných).
- První zkušenost se objevuje nejčastěji ve věku 15–18 let, přičemž 8 % (75 dotázaných) jej vyzkoušelo ve 14 letech a dříve.
- Právě při vaginálním sexu je pro dotázané nejběžnější používání kondomu (vždy 35 %, někdy 47 %, nikdy 16 %; údaj neuvedla 2 %). Zároveň se při něm nejčastěji objevuje zkušenost s protrženým kondomem (21 %).
- Více než polovina z 946 lidí, kteří vaginální sex praktikují, uvedlo, že v některých situacích kondom nepoužívají.

POZNATKY VÝZKUMU TÝKAJÍCÍ SE ORÁLNÍHO SEXU

- Orální sex praktikuje více než 85 % (902) mladých lidí.
- První zkušenost se objevuje nejčastěji ve věku 15–18 let (64%), přičemž 8 % (81 dotázaných) jej vyzkoušelo ve 14 letech a dříve.
- Používání kondomu při orálním sexu není příliš rozšířené (vždy 5 %, někdy 10 %, nikdy 80 %; údaj neuvedlo 6 %). Nechráněný orální sex s sebou přitom nese především riziko přenosu syfilitidy, kapavky, infekcí apod.

POZNATKY VÝZKUMU TÝKAJÍCÍ SE ANÁLNÍHO SSEXU

- Anální sex praktikuje nejmenší počet dotázaných (389).
- První zkušenost se ve srovnání se sexem vaginálním a orálním objevuje až v pozdějším věku; nejčastěji ve věku 17–20 let (59 %), 3 % (12 lidí) jej vyzkoušelo ve 14 letech a dříve.
- Téměř polovina z 389 lidí, kteří anální sex praktikují, při něm nikdy nepoužívá kondom. Nechráněný anální sex s sebou přitom nese především riziko přenosu HIV, syfilitidy, kapavky, infekcí apod.
- Zkušenost s análním sexem se týkala především heterosexuálních párů.

Pouze 1 procento sexuálně aktivních mladých lidí nepoužívá při sexu ochranu a nechce ji používat. Všichni ostatní v dotaznících uvedli, že ochranu při sexu používají – nejoblíbenější je kondom (69 %), následuje hormonální antikoncepce (51 %), přerušovaná soulož (29 %) a metoda plodných a neplodných dní (9 %). Zajímavé je, že 99 % mladých lidí o ochranu stojí – ať už jde o ochranu před nechtěným těhotenstvím a/nebo před sexuálně přenosnými chorobami. Hlubší rozhovor na toto téma může odhalit využívání nedostatečných metod ochrany.

Až 70 % sexuálně aktivních mladých lidí nemá zkušenost s testováním na pohlavně přenosné choroby (včetně testování na protilátky HIV). Mezi 986 dotázanými je zkušenost s testováním následující:

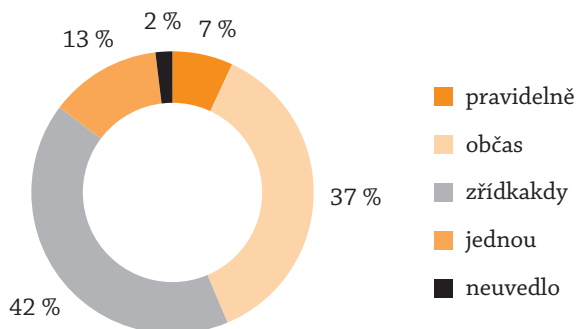
- HIV 15 %
- syfilis 9 %
- chlamydie 9 %
- kapavka 6 %
- infekce (HPV) 6 %
- jiné 5 %

Podobně je velmi nízká také informovanost o HIV pozitivitě/negativitě a dalších pohlavních nemocech u sexuálního partnera. 47 % oslovených ví, že jejich partner na testech na infekční choroby nebyl, 37 % neví, zda partner testy absolvoval.

Na základě tohoto výzkumu můžeme předpokládat, že prevence HIV a jiných sexuálně přenosných nemocí zaměřená na stabilní vztahy a sexuální věrnost nemusí být úspěšná. Důvodem je, že mladí lidé vstupují do nových sexuálních vztahů, aniž by znali zdravotní stav svých partnerů a partnerek. Malý zájem mladých lidí o testování na pohlavně přenosné choroby a celkově nízká protestovanost je tak výzvou k zatraktivnění služeb.

Sex pod vlivem drog (včetně alkoholu) mělo 78 % z 986 sexuálně aktivních mladých lidí. Frekvence sexu pod vlivem však není pravidlená ani častá – viz graf Sex pod vlivem drog.

GRAF 2 – SEX POD VLIVEM DROG – %, N=765



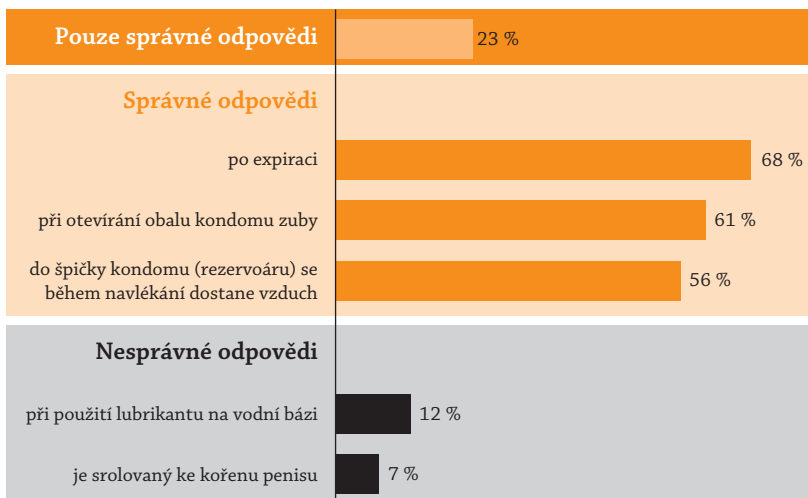
Svoje sexuální aktivity si na video nahrálo 22% dotázaných, přičemž 2% z nich toto video následně zveřejnila (např. na internetu). Zkušenost s tím, že bylo video zveřejněno bez jejich souhlasu, má 20 lidí. Výzkum tak potvrzuje, že necelá čtvrtina mladých lidí se při sexu nahrává na video. Trend nahrávání se při sexu na video začíná být rozšířeným jevem. Podle konceptu tzv. nově se vynořujících potřeb (z angl. Newly emerging needs) se pracovníci s mládeží musí na tenhle jev připravit.

ÚROVEŇ ZNALOSTÍ MLADÝCH LIDÍ O BEZPEČNÉM SEXU

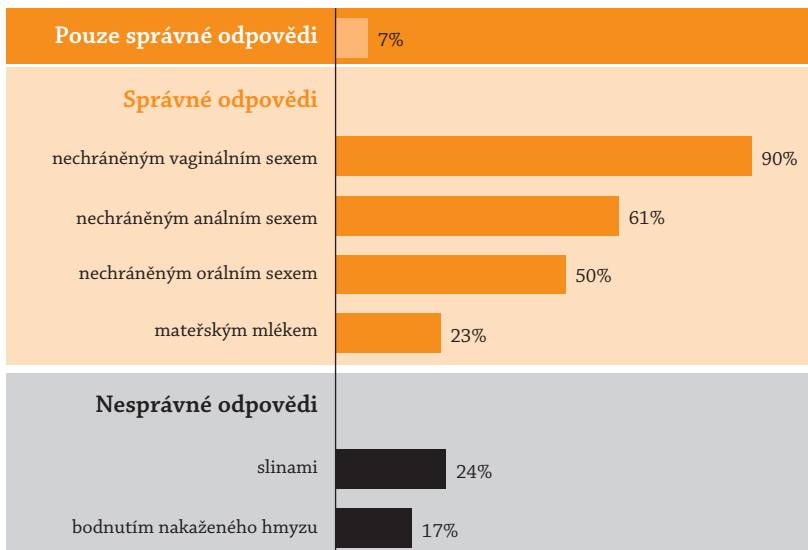
93% ze všech 1051 dotazovaných mladých lidí deklarovalo, že má o bezpečném sexu dostatečné informace. 75% z nich navíc uvedlo, že mělo dost informací už když začínalo sexuálně žít. Úroveň znalostí svých vrstevníků pak ohodnotilo jako dostačující 53%.

Vědomostní dotazník však ukázal, že úroveň znalostí mladých lidí je mnohem nižší. Na všechny otázky odpovědělo správně pouze necelé 1% dotázaných. Konkrétní otázky a odpovědi jsou uvedeny v následujících grafech.

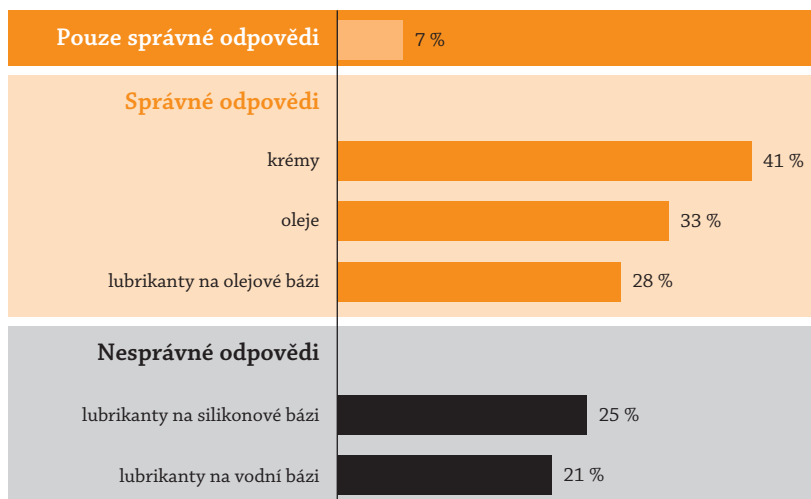
GRAF 3 – KDY MŮŽE KONDOM PRASKNOUT – % VŠECH RESPONDENTŮ, MOŽNOST VYBRAT VÍCE ODPOVĚDÍ, N = 1051



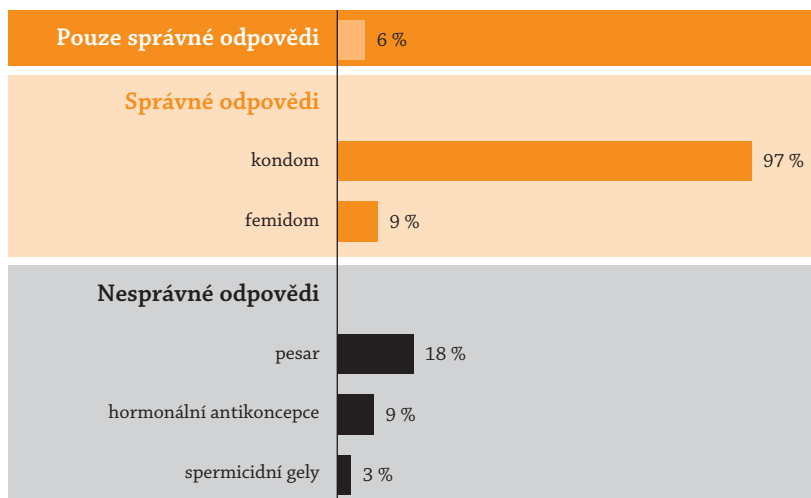
GRAF 4 – JAK SE PŘENÁŠÍ HIV – % VŠECH RESPONDENTŮ, MOŽNOST VYBRAT VÍCE ODPOVĚDÍ, N = 1051



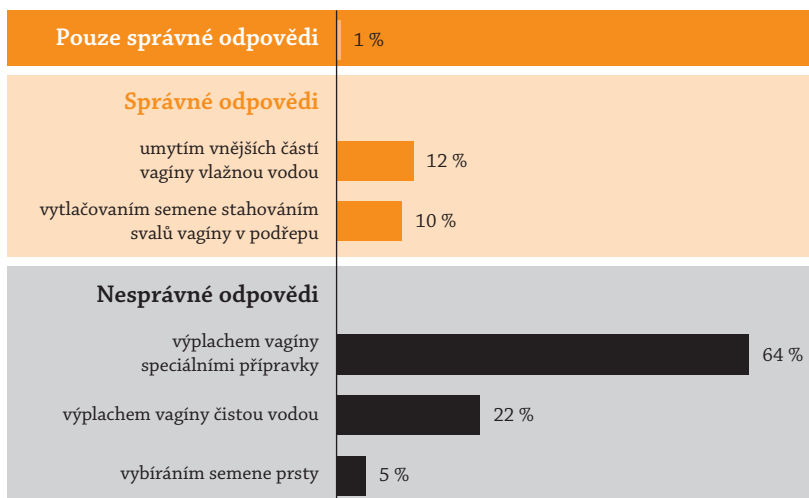
GRAF 5 – CO POŠKOZUJE LATEXOVÉ KONDOMY – % VŠECH RESPONDENTŮ, MOŽNOST VYBRAT VÍCE ODPOVĚDÍ, N = 1051



GRAF 6 – CO CHRÁNÍ PŘED SEXUÁLNĚ PŘENOSNÝMI CHOROBY – % VŠECH RESPONDENTŮ, MOŽNOST VYBRAT VÍCE ODPOVĚDÍ, N = 1051

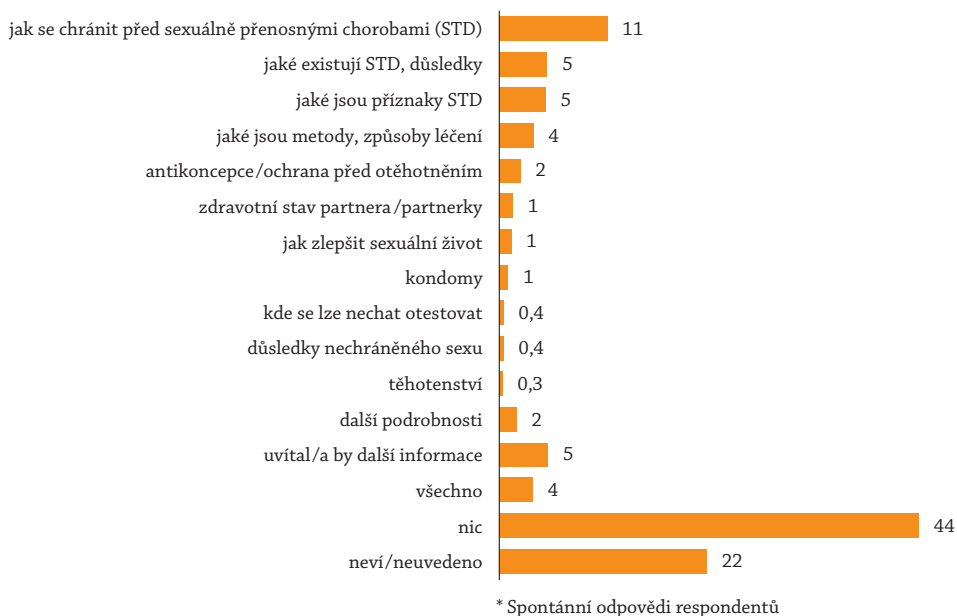


**GRAF 7 – JAK SNÍŽIT RIZIKO SEXUÁLNĚ PŘENOSNÝCH CHOROB PŘI EJAKULACI
– % VŠECH RESPONDENTŮ, MOŽNOST VYBRAT VÍCE ODPOVĚDÍ, N = 1051**



Přestože výsledky vědomostního dotazníku nebyly, jak bylo uvedeno, valné, na otázku „Co potřebuješ vědět o bezpečném sexu teď?“ odpovědělo téměř 44 % „nic“ a 22 % „nevím“. Ostatní odpovědi znázorňuje graf „Zájem o další informace“. Nejvíce mladé lidi zajímají informace o pohlavně přenosných chorobách (jak se chránit, co způsobují, jak se léčí apod.) a jak zlepšit sexuální život apod.

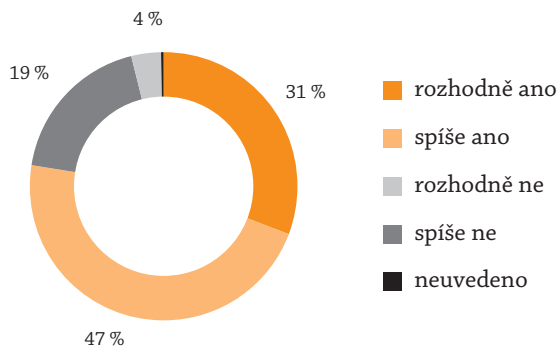
GRAF 8 – ZÁJEM O DALŠÍ INFORMACE – % VŠECH RESPONDENTŮ, MOŽNOST VYBRAT VÍCE ODPOVĚDÍ, N = 1051



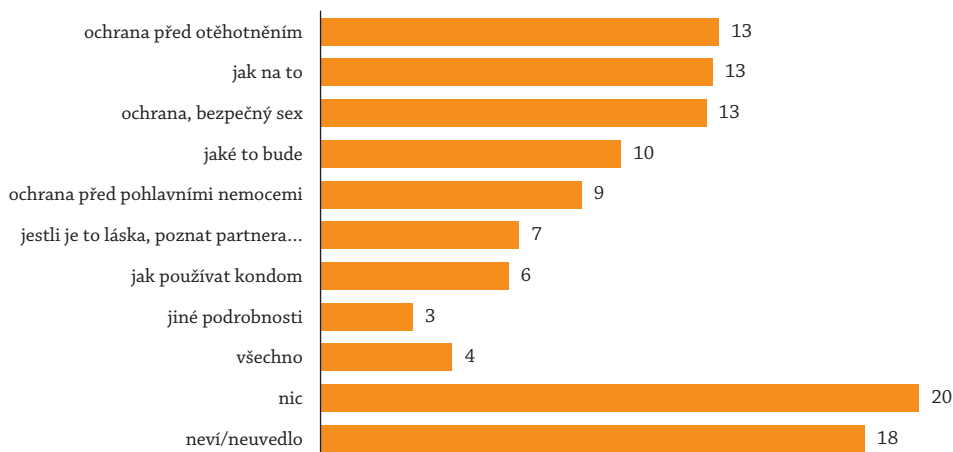
Pro srovnání nabízíme ještě odpovědi na otázku „Co jsem potřeboval/a vědět, když jsem se sexem začínal/a“. I zde převládá mezi mladými lidmi pocit, že jsou o bezpečném sexu informováni dostatečně.

INFORMOVANOST V SEXUÁLNÍCH ZAČÁTCÍCH – % VŠECH RESPONDENTŮ, KTEŘÍ UVEDLI, ŽE MAJÍ SEXUÁLNÍ ZKUŠENOST, N = 986

GRAF 9A – MYSLÍŠ, ŽE JSI MĚL/A DOSTATEK INFORMACÍ O SEXU, BEZPEČNÉM SEXU A SEXUÁLNĚ PŘENOSNÝCH ONEMOCNĚNÍCH, KDYŽ JSI SE SEXEM ZAČÍNAL/A?



GRAF 9B – CO SI POTŘEBOVAL/A NEJVÍC VĚDĚT, KDYŽ JSI ZAČÍNAL/A SE SEXEM? (MOŽNOST VYBRAT VÍCE ODPOVĚDÍ)



Výzkum naznačuje, že rozhovory s mladými lidmi o sexu mohou být náročné. Mladí lidé si myslí, že informací mají dost a další nepotřebují. Naše zkušenost však ukazuje, že informovat o sexu může být také velmi jednoduché. Důležité je vzít si na pomoc humor a odstranit stud pracovníků o sexu otevřeně hovořit. V rámci naší práce úspěšně využíváme workshopy nasazování kondomu na umělý penis (také bez zraku – „jako potmě“), soutěže v jejich navlékání, workshopy používání lubrikačních gelů, vědomostní kvízy, ukázky Femidomu, roušky Hot Dam nebo „prstových kondomů“. Odměnou za otevřenou komunikaci o sexu, bez předpoklů a studu, je nám ocenění mladých lidí. Často od nich slyšíme věty jako „Takhle by to mělo vypadat i u nás ve škole“ nebo „Asi poprvé jsem si o sexu popovídal s někým cizím“. Přejeme i vám hodně takových vět a při rozhovorech o sexu s vašimi klienty mnoho smíchu!

Mgr. Soňa Pekarovičová

Absolventka oboru Pedagogika emocionálně a sociálně narušených (2003) a Speciální pedagogika – poradenství (2008) na Univerzitě Komenského v Bratislavě. V současné době působí jako zástupkyně ředitelky OZ Odyseus, kde pracuje od roku 2000.

PhDr. Katarína Jirešová

Absolventka odboru Sociální práce (2000) na Univerzitě Komenského v Bratislavě a postgraduálního studia Sociální rozvoj na London Metropolitan University (2004). V roce 1997 spoluzaložila OZ Odyseus, kde v současné době působí jako ředitelka.

Mgr. Katarína Sokolová

Absolventka oboru Pedagogika emocionálně a sociálně narušených na Univerzitě Komenského v Bratislavě. V OZ Odyseus pracovala v letech 2005–2010, od roku 2007 jako koordinátorka programu SEX/DROGY. Od roku 2010 působí jako doktorandka na katedře sociální pedagogiky na Pedagogické fakultě UK v Bratislavě.

Mgr. Katarína Čavojská

Absolentka odboru sociologie na Filozofické fakultě Univerzity Komenského v Bratislavě (2002). V letech 2002–2004 pracovala jako výzkumná pracovnice v Mezinárodném středisku pro štúdium práce a rodiny, v letech 2004–2006 jako výzkumnice v agentuře FOCUS. Od roku 2010 působí jako doktorandka na katedře sociální práce na Pedagogické fakultě UK v Bratislavě. S OZ Odyseus externě spolupracuje od roku 2002.

OZ Odyseus

Ukrajinská 10

831 02 Bratislava

tel.: +421 2 52 49 43 44

e-mail: pekarovicova@ozodyseus.sk

www.odyseus.org

www.hivaid.sk

www.drogy.org

Ilona Preslová, Olga Hanková a kol.

Sexualita a drogy

V roce 2011 vydal SANANIM, o. s., Ovčí hájek 2549/64A, 158 00 Praha 13

Grafický design a sazba Jan Tippman, www.tippman.cz

Tisk BCS, s. r. o., Chrást č. 59, 289 14 Poříčany

ISBN 978-80-904536-2-3

Investujeme pro budoucnost.



**ČESKÁ
SPORITELNA**
Jsme Vám blíž.

Jsme všude tam, kde se sny a přání mění v realitu. Jsme silná a konkurenceschopná banka. Jsme také spolehlivý, otevřený, vnímavý a vstřícný partner společnosti, ve které působíme. Společenská zodpovědnost se prolíná všemi oblastmi našeho podnikání v obchodních vztazích i ve vztazích k zaměstnancům. Navíc ve spolupráci s řadou neziskových charitativních společností a sdružení máme tu čest již celá léta podporovat projekty, které přinášejí do životů lidí i přírody naději. Podporujeme seniory a jejich aktivní začlenění do společnosti, spolupracujeme s organizacemi, které se věnují drogové problematice. Intenzivně podporujeme vzdělávací projekty a velký důraz klademe na udržitelný rozvoj a ochranu životního prostředí. Investice do těchto oblastí jsou investicí pro budoucnost nás všech.

„Většina z nás vnímá promiskuitu jako nešťastný, ale zcela běžný a jakoby pochopitelný jev, který nacházíme u lidí zneužívajících drogy a alkohol. O prostituci hovoříme jako o jednom ze způsobů, kterým si uživatelé, častěji uživatelky, obstarávají drogy, respektive peníze na ně, a předpokládáme, že jde tedy o nutnost vycházející z jejich závislosti a že v případě úspěšné léčby budou naši klienti navazovat běžné a fungující vztahy založené na citovém základě.

Zkušenosti však ukazují, že v cílové skupině uživatelůk drog to často neplatí. Řada našich klientek opakuje své chování nejen v léčbě, ale i po propuštění. Pro mnohé je promiskuitní chování jakýsi způsob existence, který se v průběhu svého života naučily, přijaly ho a který jim pomáhá, mimo jiné, ve společnosti přežít a který opakují i v jiných životních etapách a oblastech.“

Ilona Preslová: Promiskuitní chování uživatelůk NL

Neprodejné

ISBN 978-80-904536-2-3

