

Sexuální deviace

Petr Weiss

Klasifikace, diagnostika a léčba



portál

Sexuální deviace

Petr Weiss

Klasifikace, diagnostika a léčba

Weiss, Petr

Sexuální deviace / Petr Weiss. -- Vyd. 2. -- Praha :
Portál, 2008. -- 360 s.

ISBN 978-80-7367-419-9

616.89-008.442

- sexuální deviace
- studie

Lektoroval doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.

© Petr Weiss, 2002, 2008

Portál, s. r. o., Praha 2002, 2008

ISBN 978-80-7367-419-9

Úvod	9
------------	---

ČÁST I

Klasifikace	15
--------------------------	-----------

1 Normalita sexuálního chování	19
---	-----------

2 Sexuální deviace	31
---------------------------------	-----------

2.1 Deviace v aktivitě	33
------------------------------	----

2.1.1 Voyeurismus	34
-------------------------	----

2.1.2 Exhibicionismus	37
-----------------------------	----

2.1.3 Frotérismus	45
-------------------------	----

2.1.4 Tušérství	46
-----------------------	----

2.1.5 Patologická sexuální agresivita	46
---	----

2.1.6 Agresivní sadismus	58
--------------------------------	----

2.1.7 Sadismus a masochismus	64
------------------------------------	----

2.1.8 Jiné deviace v aktivitě	72
-------------------------------------	----

2.2 Deviace v objektu	74
-----------------------------	----

2.2.1 Pedofilie	74
-----------------------	----

2.2.2 Fetišismus	93
------------------------	----

2.2.3 Transvestitismus	97
------------------------------	----

2.2.4 Jiné deviace v objektu	101
------------------------------------	-----

2.3 Kombinované a polymorfní sexuální deviace	104
---	-----

2.4 Sexuální deviace u žen	105
----------------------------------	-----

ČÁST II

Etiologie deviací a psychosexuální vývoj sexuálních deviantů	109
---	------------

3 Etiologie	111
--------------------------	------------

3.1 Evolučněbiologické modely	112
-------------------------------------	-----

3.2	Genetické modely	119
3.3	Hormonální a neurochemické modely	121
3.4	Neuroanatomické a neurofyzilogické modely	125
3.5	Behaviorální modely	130
3.6	Psychoanalytické modely	132
3.7	Psychopatologické modely	135
3.8	Psychodynamické modely	138
3.9	Model poruch dvoření	140
3.10	Model sexuálního motivačního systému	143
3.11	Sociologické a kriminologické modely	146
3.12	Feministické modely	150
3.13	Multifaktoriální modely	155
4	Determinanty normálního a deviantního psychosexuálního vývoje	157
4.1	Sexuální identifikace	158
4.2	Sexuální role	158
4.3	Sexuální preference	159
4.4	Sexuální chování	159
5	Psychosexuální vývoj sexuálních deviantů	163
5.1	Průběhové formy psychosexuálního vývoje sexuálních deviantů	163
5.2	Partnerské vztahy sexuálních deviantů	168
 <u>ČÁST III</u>		
Diagnostika		177
6	Psychodiagnostické metody	179
7	Psychofyzilogické metody	185
7.1	Falometrie	185
7.2	Další psychofyzilogické metody	193
8	Anamnestické vyšetření	197
9	Možné komplikace diagnostiky sexuálních deviací	205
10	Sexuální deviace a sexuální delikvence	211

ČÁST IV

Terapie	217
11 Cíle terapie	219
11.1 Úprava chování	219
11.2 Informace	220
11.3 Náhled	220
11.4 Posílení vědomé kontroly	222
11.5 Změna postojů	222
11.6 Sexuální adaptace	223
11.7 Sociální reintegrace	224
12 Kontext terapie	225
12.1 Sexuologická diagnostika	225
12.2 Specializace léčby	226
12.3 Komplexnost léčby	227
13 Psychoterapie	229
13.1 Individuální a skupinová psychoterapie	230
13.2 Metody psychoterapie	233
13.2.1 Behaviorální metody	233
13.2.2 Kognitivní a kognitivně-behaviorální postupy	236
13.2.3 Psychodynamické a psychoanalytické postupy	245
14 Biologická léčba	249
14.1 Hormonální terapie	250
14.1.1 Estrogeny	251
14.1.2 Antiandrogeny	251
14.1.3 Gestageny	253
14.1.4 Agonisté LHRH	255
14.2 Psychofarmaka	255
14.3 Kastrace	258
14.3.1 Indikace kastrace	259
14.3.2 Efekty kastrace	262
14.4 Stereotaktické operace	266
15 Terapeutická praxe	269
15.1 Situace v USA a v Kanadě	269
15.2 Situace v Evropě	272
15.3 Situace v České republice	278
15.3.1 Výzkum	278
15.3.2 Léčba	282

16	Možné komplikace terapie	287
17	Etické aspekty terapie	293
18	Výsledky terapie	297
18.1	Prediktory recidivity	299
18.2	Recidivita	302
19	Standardy léčby	311
	Literatura	315
	Rejstřík	348

Sexualita představuje jeden ze základních individuálních i interpersonálních motivů v životě každého jedince. Člověk se rodí jako tvor sexuální a pohlavnost ho provází v podstatě po celý život. Ovlivňuje jeho osobnost i mezilidské vztahy a zpětně je jimi ovlivňována. Je specifickou formou komunikace, zdrojem hlubokých emocí, faktorem organizujícím lidské chování a prožívání.

Ve srovnání s tím, jak důležitou roli hraje sexualita v osobnostním vývoji, se jí věnuje zatím relativně málo pozornosti. Nelze pochybovat o tom, že bezproblémový (a tím spíše dysfunkční) sexuální život nejednou i podstatným způsobem ovlivňuje duševní zdraví lidí v nejširším slova smyslu. V této souvislosti pak tím výrazněji vyniká nedostatečnost teoretického i praktického vzdělávání psychologů i lékařů v oblasti sexuálních deviací. O našem dluhu svědčí téměř naprostá absence specializované literatury, která by alespoň částečně umožňovala odborníkům v praxi doplnění teoretických znalostí. Zatímco v posledních letech bylo přeloženo mnoho různých příruček či manuálů o sexuálním zdraví (mnohdy velmi pochybné hodnoty), monografie týkající se odchylné sexuality se na knižním trhu neobjevila žádná.

Přestože od roku 1974 existuje v naší zemi velmi dobře připravená koncepce sexuologie jako samostatného lékařského oboru, která v mnohém, například v organizaci ambulantní péče, překonává srovnatelné koncepce většiny zemí, a přestože od roku 1981 jsou zavedeny i nástavbové atestace ze sexuologie pro psychiatrii, gynekology a urology, specializovaných pracovišť a specialistů v tomto oboru zatím není dostatek. Ve srovnání s počtem lékařských míst v sexuologii je situace psychologů v tomto oboru ještě nepříznivější, a to jak z hlediska počtu, tak i z hlediska možností teoretické průpravy. Alespoň základní představu o diagnostice a možné terapii sexuálních deviací by měl přitom získat každý psychiatr a psycholog pracující v psychiatrickém, vězeňském či diagnostickém zařízení zaměřeném na problémové skupiny populace.

Sexuální deviace se v poslední době i díky senzacechtivosti sdělovacích prostředků staly vděčným tématem spojujícím sexuálně většinovou populaci v pocitu spravedlivého odsudku. I v myšlení zdravotníků, tedy lidí, kteří by především měli přistupovat k těmto poruchám nezaujatě a bez emocí, přetrvávají předsudky a restriktivní pohled na příslušníky sexuálních menšin. Důkazem může být nechuť některých lékařů a psychologů léčit tento druh

pacientů, se kterou se dodnes běžně setkáváme nejen na somatických, ale i na některých psychiatrických pracovištích.

Už vlastní termín *deviace*, tedy odchylka či úchylka, v sobě obsahuje dehonestující prvek, přímo související s psychopatickou koncepcí těchto poruch. Uvedené pojetí je přímým dědictvím nejstarších prací na toto téma, vycházejících především z Kraft-Ebingovy slavné knihy *Psychopathia Sexualis* vydané v roce 1886. Autor zde popisoval sexuální deviace na základě extrémních či bizarních kriminálních případů a ve svých teoretických základech vycházel z teorie degenerace. Dodnes nacházíme ve většině učebnic psychiatrie a psychopatologie část věnovanou sexuálním deviacím v kapitole o poruchách osobnosti či o psychopatiích. Slovo *deviace* je přitom (alespoň v sociologickém slova smyslu) až příliš spjata se statickým, unitárním a idealizovaným pojetím společnosti, jejích institucí a norem, v němž je normalita (chápána jako průměrnost či konformita) považována sama o sobě za základní hodnotu a deviace (odlišnost) za nežádoucí a nebezpečnou.

Z terminologického hlediska bylo proto pro absenci moralizujícího prvku – ale současně i vzdálením se od vnějškové klasifikace (*deviace chování*) směrem k esencialističtějšímu pojetí – jistě pokrokem zavedení názvu *parafilie*, se kterým se poprvé setkáváme ve třetí revizi amerického *Diagnostického a statistického manuálu* (DSM-III) a který je oficiálním termínem užívaným i v u nás platné 10. revizi *Mezinárodní klasifikace nemocí* (MKN-10). Termín *parafilie* (z řeckého *para-*, tedy vedle, mimo, a *philia*, tedy láska, přichylnost) je biomedicínský termín, který byl poprvé použit I. F. Krausem a do sexuologie zaveden W. Stekelem (Money, 1995a).

Zkoumání sexuálních deviací je ztíženo i dalšími terminologickými nejasnostmi, a to především zaměňováním sexuální deviace jako poruchy zdraví se sexuální delikvencí jako s porušením sociálních (právních) norem sexuálního chování. Z toho pak vyplývá i časté zaměňování pojmů sexuální deviant a sexuální delikvent, resp. nerozlišování deviantních a nedevariantních sexuálních delikventů. S těmito – z našeho hlediska naprosto zásadními metodologickými nedostatky – se přitom setkáváme spíše v americké než v české nebo vůbec evropské odborné literatuře. Místo deviantologie (tedy nauky o sexuálních deviacích) můžeme v tomto kontextu u amerických autorů mluvit spíše o deliktologii a místo léčby deviantů o léčbě sexuálních delikventů (je pak namísto otázka, co vlastně tito odborníci léčí, protože diagnóza sexuální delikvence v medicíně jistě neexistuje). Modely sexuálních deviací a sexuální delikvence proto často pojednávají o vzájemně nesrovnatelných entitách.

Přetrvávají i nejasnosti v rozlišení deviací a psychické choroby či poruchy, v definici sexuálního zdraví i v definici vlastní deviace. Podle obou v současné době používaných mezinárodních klasifikací (americká DSM-IV z roku 1994 i MKN-10 Světové zdravotnické organizace z roku 1992) lze parafilii považovat implicitně za poruchu pouze v případech, kdy způsobuje svému nositeli distres a osobní či sociální problémy. Z tohoto hlediska by například egosyn-

tonní nekriminální pedofil (tedy pedofil, který je – na rozdíl od pedofila egodystonního – vnitřně se svou odlišností plně srovnaný a je schopen naplňovat své potřeby některou sociálně akceptovatelnou náhradní sexuální aktivitou) vlastně nebyl deviantní, a to přesto, že by ze sexuologického hlediska vykazoval celoživotní preferenci dětí jako sexuálních objektů.

I klasifikaci parafilii uvedenou v oficiálně platných seznamech duševních poruch (DSM-IV a MKN-10) přitom považujeme za neúplnou a nedostačující pro diagnostickou i terapeutickou praxi. Z tohoto důvodu, a současně i kvůli odlišení od oficiální terminologie, jsme v této knize – ostatně podobně jako američtí editoři v poslední obsáhlé monografii týkající se těchto poruch (Laws a O'Donohue, 1997) – pro kvalitativní poruchy sexuální motivace zvolili starší termín sexuální deviace při plném vědomí možných negativních konotací. Pojmy parafilní a deviantní (parafilie – deviace, parafilik – deviant) přitom v této knize používáme promiskue, tedy střídavě, jako pojmy ekvivalentní. Jsme si přitom vědomi i skutečnosti, že termín deviace v sobě obsahuje hodnotící prvek „úchylnosti“ v situaci, kdy neexistuje obecně přijímaná definice sexuální normy. Za nejvhodnější proto pro budoucnost považujeme plně neutrální termín sexuální variace.

Z forenzněsexuologického hlediska je v souvislosti se změnami pohledů na normalitu a deviaci v oblasti sexuálních preferencí ilustrativní vývoj názorů na problematiku homosexuality. Československo se už počátkem šedesátých let 20. století zařadilo dekriminlizací homosexuálního chování (netrestáním homosexuálních styků mezi dospělými osobami) mezi nejpokrokovější státy světa. I na základě úsilí sexuologů se to podařilo dříve než ve většině evropských zemí. Přetrvávající § 244 tr. z. však zůstával vůči homosexuálům diskriminační, a to především věkovou hranicí 18 let či zákazem styku za úplatu, kterou mohlo před zákonem být i pozvání na večeři. Až odstraněním tohoto znevýhodnění v roce 1990, kdy byl uvedený paragraf vypuštěn z trestního zákona, byly dány legální podmínky (spolu s možností svobodného zakládání spolků a organizací) pro faktické zrovnoprávnění homosexuální menšiny u nás. Další medicinizace této problematiky se jeví jako zbytečná.

Ze seznamu sexuálních poruch byla v posledních klasifikacích duševních nemocí homosexualita vyškrtnuta, a to při plném vědomí politických souvislostí tohoto kroku. Neexistuje totiž žádný důkaz, že by homosexuální orientace byla spojena s jakoukoli psychiatrickou patologií, současně však její zařazení mezi poruchy umožňovalo v minulosti společenskou a právní diskriminaci homosexuálů (McConaghy, 1993). Z tohoto důvodu se ani v následujícím textu problematice homosexuality blíže nevěnujeme a zájemce odkazujeme na specializovanou literaturu. Podle našeho názoru přitom nelze vyloučit, že v budoucnu budou podobně jako homosexualita klasifikovány i jiné egosyntonní sexuální variace s velmi nízkou nebo s nulovou mírou společenské nebezpečnosti považované dnes za poruchu sexuálního zdraví, například transvestitismus nebo fetišismus.

Obtížnější než v případě homosexuálů je však společenská situace ostatních sexuálních menšin. V některých zemích sice existují kluby určené například pro pedofily, a dokonce i jejich organizace, těžko však lze předpokládat, že by některá společnost tolerovala reálné zneužívání dětí (aktivita členů těchto spolků se zjevně vyčerpává na ideatorní úrovni). Poměrně početné jsou i specializované erotické salony či kluby pro sadomasochisty, které umožňují ritualizovaným a sociálně přijatelným způsobem realizovat deviantní potřeby svých členů. Podobně i u nás už existující kluby pro transvestity jistě pro okolí nepředstavují žádné ohrožení. Pro exhibicionisty, sexuální agresory a jiné vzácnější sexuální menšiny však musíme hledat takové možnosti sexuální realizace, které budou pro ně akceptovatelné, ale které současně nebudou představovat žádnou hrozbu pro jejich okolí.

Začátek 20. století bezesporu přinesl velký pokrok ve vztahu k sexuálním minoritám, především pak přechod od pouhé institucionalizované represe deviantního sexuálního chování k uvědomění si potřeby léčby postižených jedinců. Ani v této oblasti se však medicína nevyhnula chybným krokům a stávala se často prodlouženou rukou represivních orgánů. Příkladem zde může být několik tisíc nuceně kastrovaných či stereotakticky operovaných pacientů a vězňů v USA i v Evropě, soudně nařízené pokusy o změnu sexuální orientace u homosexuálů, i subtilnější, ale z etického hlediska dnes silně kritizované behaviorální léčebné metody, jako jsou například averzivní léčba či terapie studem (shame therapy).

Současně však jistě platí, že žádná společnost nemůže fungovat bez jistého minima sexuálních zákonných norem (Haeberle, 1985). Tyto normy mají podle Bancrofta (1985) trojí význam: 1. chrání oběti před násilím, 2. brání sexuálním projevům na veřejnosti a 3. deklarativně varují před chováním, které společnost neschvaluje. Při koncepci společensky tolerovaného a společensky trestaného chování je však nutné mít na paměti skutečnost, že uvedené normy jsou vždy kulturně a historicky podmíněné, a dokonce – jak tvrdí Aresinová a Günther (1985) – žádný úsek trestního práva se nemění tak rychle jako trestní právo týkající se sexuálních deliktů.

Berlin (1988) ve své úvaze o etických aspektech posuzování a léčby sexuálních delikventů uvádí, že lidé se samozřejmě nerodí stejní. I v oblasti sexuální se liší přinejmenším ve čtyřech různých aspektech: 1. v tom, jakého partnera považují za sexuálně atraktivního; 2. jaké aktivity považují za sexuálně vzrušující; 3. v intenzitě sexuální potřeby (a naopak v tom, jak lehce či obtížně pak odolávají sexuálnímu pokušení), a nakonec 4. v postojích k tomu, zda mají, nebo nemají pokušením odolávat. Parafilici si svou deviaci nevybírají dobrovolně. Jistě jsou alespoň do jisté míry odpovědní za odolávání pokušením, nicméně zatím chybí důkaz, že člověk může dokonale kontrolovat tak biologicky determinovanou potřebu, jako je ta sexuální, pouhým vědomým rozhodnutím.

Nespolehlivost racionální kontroly biologických potřeb ilustruje pokus provedený Wirthem a Folsteinem (1982) u dialyzovaných pacientů. Podle instrukcí lékaře nesměli pacienti v obdobích mezi dialyzačními sezeními přijímat tekutiny nebo jejich příjem měli podstatně omezit, a to přesto, že dialýza u nich vyvolala intenzivní pocit žízně. Všichni tito pacienti během léčebné procedury excesivně pili, i když si byli na základě sdělení lékaře vědomi, že jim to může způsobit zdravotní komplikace a eventuálně i smrt. Žízeň jako základní biologická potřeba byla silnější než jejich vůle. U biologicky podmíněných potřeb tedy nemusí být oprávněný předpoklad, ze kterého vychází většina filozofických modelů morálky, a koneckonců i zákonodárství většiny zemí, že člověk je plně odpovědný za své jednání, že dělá jen to, pro co se sám rozhodl, že je schopen vždy spolehlivě kontrolovat své chování silou vůle.

Kromě represe proto většina civilizovaných zemí poskytuje deviantním jedincům i možnost léčby. Adekvátní terapie sexuálních deviantů je proces náročný jak z hlediska počtu a profesionální erudice terapeutů, tak i z hlediska jejich časových a osobních investic. V mnoha případech proto vzniká ve veřejnosti – i v té odborné – otázka oprávněnosti finančních i lidských nákladů léčby právě tohoto druhu pacientů. Vyvolává ji především hluboce zakořeněná a často neuvědomělá představa, že tito lidé se chovají sexuálně odlišně z jakési vrozené amorálnosti, vady charakteru či „přesycenosti“ normálním sexem. Podle dosavadních zjištění se však u deviantů (na rozdíl od nedevariantních sexuálních delikventů, u nichž by trest měl být základním nápravným opatřením) jedná o celoživotní a z hlediska dispozic pravděpodobně vrozený sklon, který nijak nesouvisí s morální či charakterovou úrovní pacienta. Je jisté povinností zdravotníků pomoci klientovi v případě potřeby vyrovnat se s touto nezaviněnou odlišností způsobem přijatelným pro něj i pro společnost.

Jsme přitom přesvědčeni, že pouze dobře informovaný terapeut může poskytovat svým deviantním klientům odpovídající léčbu. Naše odborná veřejnost však zatím neměla možnost získat komplexní pohled na problematiku sexuálních deviací a jejich terapie. Přestože zkušenosti předních českých sexuologů byly postupně publikovány v odborných časopisech nebo ve formě kapitol v učebnicích sexuologie, dosud chyběla monografie shrnující dosavadní poznatky v této oblasti. Alespoň částečně se tuto mezeru snaží zaplnit předkládaná práce.

Jejím cílem by však měla být i sexuální osvěta v nejširším slova smyslu. Veřejnost je o parafilicích informována velmi jednostranně, a to pouze na základě popisu spáchaných deliktů v bulvárních médiích. Málokdo si pak uvědomí, že možná i většina těchto lidí (jejich počet však neznáme, jelikož ve statistikách a většinou i v našich ordinacích se nakonec objevují pouze ti z nich, kteří už spáchali sexuální delikt) je schopna se se svou odlišností vypořádat bez toho, aby porušila společensky chráněné zájmy. Prohloubení znalostí novinářů, politiků a jiných „opinion makers“, tedy lidí, kteří ovlivňují

veřejné mínění, o problémech lidí žijících s parafilii je proto nezbytným předpokladem změny postojů společnosti. Ale ani ti, kteří by měli (či měli mít) pochopení pro obtížnou situaci sexuálních menšin, například pracovníci pomáhajících profesí, učitelé, výchovní poradci, většinou nemají dostatek informací nezbytných pro účinnou terapeutickou či poradenskou intervenci.

A nakonec – last, but not least – by zde shrnuté poznatky mohly přispět i k sebepoznání parafiliků samých, k tomu, aby od počátku deviantního vývoje byli informováni o své poruše, o jejím možném vývoji či vlivech na ostatní oblasti života a eventuálně i o možnostech její léčby. Tím by pak práce přispěla k naplnění základních cílů našeho snažení – zkvalitnění života našich klientů a ochraně jejich potenciálních obětí.

Klasifikace

Nezbytným předpokladem pro určení sexuálního zaměření nebo sexuálního chování, které budeme označovat jako deviantní, je stanovení určitého referenčního rámce. Jinými slovy: **základním východiskem definice deviace je přesnější vymezení těch sexuálních preferencí, které lze považovat za normální.** Deviantní pak bude takové sexuální zaměření a chování, které bude vybočovat z hranic takto arbitrárně určených. Nicméně – jak se pokusíme ilustrovat v následujícím textu – stanovení kritérií, podle kterých by se snadno rozlišila normalita a deviace, není vůbec snadné a není ani jednoznačné. Relativitu podstaty zdraví a nemoci, normy a poruchy, odráží například už zmiňovaná americká klasifikace DSM-IV, která se důsledně vyhýbá pojmu „choroba“ a definuje duševní poruchy (včetně poruch sexuálních) na úrovni psychologické a behaviorální syndromologie (tedy na úrovni souhrnu klinicky definovatelných souborů symptomů).

Podle našeho názoru je však v úvahách o sexuálních deviacích nezbytné opustit pohled deskriptivní, pohled, který pouze popisuje sexuální chování. **Podstatu deviace vidíme v odlišné (atypické) struktuře sexuální motivace, tedy výhradně v intrapsychických charakteristikách jedince, které pak následně umožňují, podmiňují či modifikují i vnější projevy sexuální poruchy v podobě deviantního chování.**

Náš přístup k sexuálním deviacím je tedy v této knize **esencialistický**, tak jak ho charakterizují DeLamater a Hydeová (1998). Podle těchto autorů je esencialistický přístup – na rozdíl od přístupu sociálněkonstruktivistického, který považuje determinanty sexuálního chování za vnější, definované sociálními podmínkami, tedy v podstatě za pouhé sociální konstrukty – založen na třech předpokladech:

1. na přesvědčení, že existují vnitřní (underlying) formy, podstaty, esence (v tomto případě tedy esence sexuálních deviací);
2. na diskontinuitě mezi jednotlivými formami (parafilii);
3. na přesvědčení o konstantnosti těchto forem, tedy jejich neměnnosti v čase.

Domníváme se totiž, že:

1. **podstatnými faktory určujícími sexuální motivaci jsou faktory biologické** (esence), i když jejich charakter a mechanismy působení zatím nebyly plně objasněny; dále, že
2. **neexistuje kontinuita mezi deviací a normou**, lidé nejsou „méně“ nebo „více“ deviantní, jsou deviantní nebo nedevariantní (tedy, že ani pro deviace neexistuje nic podobného jako známá Kinseyho kontinuální sedmibodová škála sexuální orientace od exkluzivní homosexuality přes bisexualitu až k exkluzivní heterosexuality, která byla rovněž založena spíše na pozorovatelném chování než na vnitřních determinantách); a že
3. **sexuální deviace je celoživotní a trvalou charakteristikou individua**, že léčbou, trestem ani jinými prostředky nelze změnit sexuální pre-

ferenci – lze pouze modifikovat sexuální chování, tedy vnější projevy sexuální preference.

Současně se domníváme, že postmodernistická relativizace zdraví a nemoci, funkce a dysfunkce, kterých jsme svědkem v názorových směrech založených na sociálněkonstruktivistickém zpochybnění vědeckých poznatků (s nímž se setkáváme například u tzv. antipsychiatrického hnutí), je ve své podstatě ideologická a antiscientistická. Ve svých důsledcích může v oblasti parafilí vést – například absolutizací subjektivní normy – pouze k prohloubení utrpení deviantních jedinců a především pak k nárůstu počtu jejich potenciálních obětí. Ani vědecké (medicínské, biologické) paradigma však samozřejmě není konečné. S postupujícím poznáním se vyvíjejí i názory na lidskou sexualitu a její poruchy. Částečná historická a kulturní podmíněnost definice normy a deviace – tak, jak se ji pokusíme ilustrovat v následující kapitole – však podle našeho názoru nezpochybňuje samotný fakt, že existují lidé, kteří jsou pro svou odchylnou sexuální motivaci vnitřně disponováni menšinově, a že tato jejich odchylnost může být pro mnohé z nich (a eventuálně i pro jejich okolí) zdrojem celoživotních problémů.

Normalita sexuálního chování

V obecných úvahách o normalitě a patologii lidského chování je podle Kleina (1997) nutné vycházet z toho, že existují:

1. **rysy druhově specifické**, které jsou vlastní příslušníkům druhu *Homo sapiens* bez zřejmých transkulturálních rozdílů – některé formy chování (například brutální agrese vůči dětem či vůči starým lidem) jsou všude označovány za „nelidské“;
2. **rysy kulturně specifické**, které jsou způsobeny kulturními rozdíly ve výchově dětí, různými tradicemi v jednotlivých společnostech apod. – blízký tělesný kontakt (například mezi muži) na veřejnosti je v některých kulturách považován za nepříjemný, jinde je plně akceptován;
3. **rysy individuálně specifické**, podmíněné specifickým ontogenetickým vývojem, osobností, rodinnou výchovou, postnatálními zkušenostmi každého jedince. Některé projevy, které jsou u některých jedinců považovány za úplně normální, a jsou od nich dokonce i očekávány, jsou u jiných příznakem nějaké poruchy. Tyto individuálně specifické rysy jsou determinovány i věkem (projevy infantilní, senilní atd.), ale i pohlavím. Mluvíme zde o maskulinitě a feminitě. Pohlavní rozdíly v myšlení i chování přitom hrají důležitou roli nejenom v interakcích sexuálních.

Kulturní norma

Ve vztahu k definici normality sexuálního chování nacházíme rozpory a nejasnosti především ve druhém uvedeném kritériu, tedy v rozdílnosti posuzování sexuálních projevů z aspektů kulturně specifických. Z hlediska historického vývoje i z hlediska transkulturálního srovnání je alespoň částečná společenská a dobová podmíněnost definice „normálního“ a „nenormálního“ (aberantního, deviantního, parafilního, perverzního či inverzního) sexu-

álního chování nesporná. Sexuálního delikventa lze sice definovat jako jedince, který ve svém chování překračuje normy sexuální morálky dané společností, které jsou ve svém minimu kodifikované 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 už v úvodu zmiňovaném příkladu změn přístupu k homosexualitě. O tom, že zrovnoprávnění homosexuálního chování s heterosexuálním z hlediska nejenom medicínského, ale i legislativního, není zdaleka samozřejmostí, svědčí o 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 naopak podobné chování v obecném povědomí 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 styky orální, zakázány jsou předmanželské heterosexuální a později i mimomanželské sexuální kontakty.

Podobné rozdíly jsou i v pojetí incestu. Je známo, že u některých dynastií starého Egypta byl po generace povolován sňatek faraona pouze s jeho vlastní sestrou (podle kultu božských sourozenců Isidy a Osirise, racionálně však vysvětlitelný dědicko-právními důvody), rovněž 14 generací vládnoucího rodu Inků se ženilo pouze s vlastními sestrami. U některých národů v Pacifiku je za incest považován styk dcery s bratrem matky, ale ne už s vlastním otcem, Židé před Mojžíšem připouštěli sňatek mezi sourozenci téhož otce, ne však matky, buddhismus na druhou stranu zakazuje pohlavní styky mezi příbuznými až do šesté generace atd. Jiná náboženství, například tantrismus, incestní styky povolovala v rámci určitých rituálů, i když za normálních okolností byly nepřipustné. Ve většině zemí našeho kulturního okruhu je sexuální

kontakt s příbuzným trestán a incestní tabu je považováno za jednu ze základních norem sexuálního chování.

Transkulturálně se liší i zákonem určený věk, v němž jsou dospívající a děti chráněni před předčasnou sexualizací – naše tabuizování sexu s dětmi nemusí být vůbec všeobecně přijímanou normou. Například u středoindického kmene Laptšů je obvyklý sexuální styk dospělých mužů s dívkami od šesti let, a to bez jakýchkoli zjevných negativních následků na další psychický vývoj těchto dívek (Schorsch, 1980).

Podle Graupnera (1996) se zákonná opatření týkající se minimálního věku, od něž není sexuální styk zakázán a trestný (tedy tzv. věk konsenzu), objevují až v posledních 200–300 letech. V minulosti byla pro posouzení přípustnosti styku rozhodující individuální biologická sexuální zralost objektu. Sexuální kontakty s nezralými dětmi, ať již s jejich souhlasem či nikoli, byly vždy trestány, avšak konsenzuální heterosexuální vztahy se zralými adolescenty byly považovány za legální.

S výjimkou Anglie, Walesu a některých městských států v severní Itálii nebyla minimální věková hranice zavedena dříve než na přelomu 18. a 19. století. Tyto hranice byly stanoveny velmi nízké, zpravidla mezi 10. a 12. rokem věku. Ve dvacátých letech 20. století byl stále věkový limit ve většině evropských zemí 12 nebo 13 let (například ve Francii, Velké Británii, Finsku, Řecku, Dánsku). Obdobná situace byla v USA a v Austrálii, kde ke zvýšení limitů došlo v padesátých až šedesátých letech 20. století. V Jihoafrické republice byla věková hranice pro sexuální vztahy mezi dívkami a chlapci zvýšena ze 7 let na 16 (a pro homosexuální vztahy z 12 let na 19) teprve v roce 1988.

V dnešní době mají všechny právní systémy světa minimální věkovou hranici. Nejnižší věkový limit je v Evropě 12 let (pouze Malta a Vatikán), nejvyšší 17 let. Většinou je hranicí věk 14, 15 či 16 let. Konsenzuální sexuální styk je považován za legální od 14 let ve 46 % států, od 15 let v 67 % a od 16 let až v 98 % zemí světa. To znamená, že téměř polovina právních systémů obecně nepovažuje konsenzuální sexuální vztah se čtrnáctiletou osobou za trestný. To platí u dvou třetin pro věk 15 let. Pouze menšina zemí určila věkovou hranici na 16 let a pouze jediná (Severní Irsko) výše.

V USA je podle Graupnera legislativa v této oblasti závislá na rozhodnutí jednotlivých států unie. Opatření jsou proto velmi různorodá, minimální věková hranice variuje od 14 do 18 let. Věkové limity jsou ve Spojených státech obecně vyšší než kdekoli jinde na světě. Zvláštností amerického systému je stanovení různých věkových limitů pro různé druhy sexuálních praktik (vaginální, anální, orální sexuální styk, společná masturbace atd.) společně s různými limity pro různé věkové rozdíly mezi partnery. Výsledkem je velmi komplikovaná právní situace, která je pro obyčejnou populaci bez pomoci specializovaného právníka nesrozumitelná. Na tomto poli je v platnosti pouze jeden federální zákon.

V roce 1994 v USA vešlo v platnost zákonné opatření proti sexuální turistice. Je však formulováno takovým způsobem, že jeho uplatňování často vede k absurdním situacím. Podle tohoto zákona je trestné cestovat mezi státy USA i do zahraničí za účelem sexuálního kontaktu s osobami mladšími 16 let. Minimální věková hranice je však například na Havaji 14 let. Pár, ve kterém je jednomu z partnerů 15 let a druhému 21 let, může tedy legálně sexuálně žít. Avšak pokud společně cestují do jiného státu, stává se jejich vztah trestným a starší z partnerů se vystavuje

nebezpečí uvěznění až na 10 let, a to dokonce i tehdy, když je tento vztah v dané zemi (například na Floridě, v Kanadě) legální.

V Evropě platí podobný zákon pro Belgie, Německo a Francii. Podle tohoto zákona (přijaté proti pedofilním sexuálním turistům, kteří zneužívali děti především v rozvojových zemích) je trestný sexuální kontakt s osobou pod minimální věkovou hranicí bez ohledu na to, kde k tomuto kontaktu došlo, tedy i v případě, že v zemi kontaktu je tento kontakt legální. Totéž může vést ke zvláštním situacím. Kdyby například devatenáctiletý Belgiec cestoval do Španělska a měl zde sexuální kontakt s patnáctiletou Španělkou, spáchal by podle belgického trestního zákona trestný čin. Avšak turisté z jiných zemí, například z Velké Británie, Itálie, Dánska atd., by s ní mohli mít legální vztah.

Kam může vést fundamentalistické pojetí viktimologie, ukazuje i jiný příklad ze Spojených států. Na nátlak občanských aktivit byla v roce 1981 v Kalifornii považována každá dívka, která měla pohlavní styk před 18. narozeninami, za oběť sexuálního zneužití. Každý odborník, jemuž by se svěřila, měl povinnost oznámit toto zneužití policii nebo úřadu, který se zabýval sexuálním zneužíváním. Pod tlakem zdravotnických organizací byl sice tento předpis později zrušen jako neústavní, nicméně už sama jeho existence vypovídá o určitém stylu myšlení v době, kdy – jak tvrdí Money (1995b, 1996a) – v Americe začala sexuální kontrarevoluce.

Money (1995b) symptomy této kontrarevoluce (podle něj reakce na tzv. sexuální revoluci šedesátých a začátku sedmdesátých let 20. století) vidí v nástupu radikálních feministických organizací s jejich bojem proti pornografii, ale i v nástupu Nové pravice, která většinou z fundamentalistických náboženských pozic začala boj proti předmanželskému a mimomanželskému sexu s propagací sexuální abstinence („Just say no“). Tento boj podle autora Nová pravice prezentuje jako boj proti těhotenství teenagerů (USA jsou skutečně v tomto ukazateli na prvním místě mezi vyspělými státy světa), paradoxně však současně bojuje i proti antikoncepci, sexuální výchově ve školách a proti potratům. Mezi cíli útoků Nové pravice jsou i homosexuálové, a dokonce i sexuologické výzkumy zaměřené na získání objektivních údajů o rozšíření epidemie HIV/AIDS.

Podobně jako věk konsenzu se transkulturálně liší i pojetí expozice genitálu. Zatímco u nás či v jiných zemích našeho kulturního okruhu se trestá exhibice jako výtržnictví a je považována za možný příznak sexuální deviace, prezentace erigovaného penisu před ženou je u některých afrických národů považována za obvyklou a všeobecně přijatelnou výzvu k pohlavnímu styku (podobně jak to bylo pozorováno u lidoopů – viz dále kapitolu o evolučněbiologických teoriích etiologie sexuálních deviací), a tedy za jakousi součást dvoření.

V naší kultuře je jedním z nejméně akceptovatelných způsobů sexuálního uspokojení pohlavní styk se zvířaty. Ale například i řecká mytologie svědčí o tom, že tomu tak nemuselo být vždy – téměř všechny tyto mýty vyprávějí o tom, jak se bohové ve zvířecí podobě spojovali s pozemskými ženami a mnozí polobohové – napůl lidé, napůl zvířata – pak vznikali z tohoto spojení. Četné náboženské rituály přímo předepisovaly soulož žen se zvířetem – například

v Řecku s hadem v Aeskulapově chrámu, v Egyptě s posvátným kozlem. Ani ve *Starém zákoně* by asi nemusel být podobný styk sankcionován smrtí, kdyby se v době jeho vzniku u pasteveckých kmenů nevyskytoval.

Jiné příklady změny historického pohledu na určité sexuální chování, ale současně i důkazy o přetrvávání předsudků v pozmeněné podobě se týkají způsobů pohlavního styku. Málokdo se dnes už sice ztotožňuje s původními postuláty křesťanského filozofa Tomáše Akvinského, podle nichž je pohlavní styk „správný“ pouze za předpokladu, že je prováděn: a) se správnou osobou (tedy s manželským partnerem, samozřejmě opačného pohlaví); b) správným způsobem (tedy vaginální souloží tváří v tvář); c) za správným účelem (tedy za účelem plození), nicméně právě tento přístup je dodnes v základech mnoha zákonů. Dokazuje to například i skutečnost, že v některých státech USA je dodnes protizákonná nevěra, orálně genitální styk, anální soulož či vaginální soulož v jiné než misionářské poloze (tedy jinak než tváří v tvář). Existují ale i země, kde je ilegální antikoncepce. Lze říci, že i medicína částečně převzala platnost uvedených Tomášových postulátů, pouze si je terminologicky transformovala – z postulátu „správné osoby“ se staly deviace v objektu a z postulátu „správného způsobu“ deviace v aktivitě.

Transkulturálně 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, jenž ujde kus cesty s vdanou ženou, která není jeho příbuzná, nebo ten, který jí nabídne pivo nebo kus tabáku.

Uvedené příklady svědčí především o insuficienci nábožensko-moralistických či filozofických přístupů, nebo – jak je označuje Money (1986) – pohledů sexozofických, 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).

Statistická norma

Podobně omezenou platnost má i norma statistická, podle které je normální chování či jev 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, a za „nenormální“ se obvykle považuje jev s četností výskytu méně než 5 % (2,5 % na každé straně normálního rozložení). 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.

Určení statistické normy předpokládá především dostatečnou znalost reálného chování obyvatelstva, založenou na širokých výzkumech reprezentativních souborů obecné populace. Klasickým příkladem, potvrzujícím relativnost normality z hlediska statistického, je přístup k masturbaci. Po dlouhá staletí byla považována za škodlivou, za příčinu homosexuality či duševních chorob, a mluvílo se i o tzv. onanismu ve smyslu samostatné úchylnky. Kromě Freuda, který ji začátkem 20. století jako první odtabuizoval, to pak byly právě statistické výzkumy Kinseyho a jeho spolupracovníků (Kinsey a spol., 1948, 1953), prokazující, že onanie je v podstatě univerzálním jevem, které nakonec vedly – alespoň u větší části odborné veřejnosti – k uznání masturbace jako jevu nejen neškodného a naprosto normálního, ale dokonce pro přípravu k pozdějším partnerským sexuálním aktivitám i užitečného, a z rekreačního či terapeutického hlediska přínosného.

Aplikovat statistickou normu může být zrádné nejen při definici deviace, ale i při určování normality jiných aspektů sexuálního chování. Je například relativně snadné zjistit průměrnou frekvenci či délku soulože a pak na základě směrodatné odchylky určit normu, nicméně v konkrétních případech lze tuto normu aplikovat jen obtížně. Pro některé páry bude totiž úplně normální souložit denně a pro jiné jednou za měsíc, u některých trvá soulož minutu a u některých hodinu. I když se hodinová soulož či každodenní styk jistě vymykají statisticky určené normě, pro mnohé páry mohou být plně vyhovující a odpovídající jejich normě párové.

Příkladem může být v této oblasti i definice překotné či předčasné ejakulace – relativně dlouho jsme se setkávali v učebnicích s tvrzením, že o ejakulatio praecox, tedy o sexuální dysfunkci, jde v těch případech, kdy k výronu semene dochází do dvou minut po imisi. Je však nasnadě, že pokud k orgasmu u obou partnerů (u muže spojeného s ejakulací) dojde třeba i po několika vteřinách soulože, jistě není ani nejmenší důvod považovat jejich sex za dysfunkční.

Biologická norma

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. I u heterosexuálních a plodných párů je přitom plodnost po většinu pohlavně aktivního života spíše na obtíž – pouze asi 5 % styků je totiž prováděno skutečně za účelem otěhotnění, při naprosté většině souloží představuje možnost oplodnění nemilou komplikací.

Zastánci biologické normy se přitom často redukcionisticky odvolávají na příklady ze života subhumánních živočichů, především pak velkých lidoopů, kdy chování pozorované u vývojově nižších druhů je kritériem pro určení normality sexuálního chování lidského. Etologické výzkumy však svědčí jednoznačně o tom, že ani v živočišné říši není výjimečné chování, jež se u lidí kdysi, nebo dokonce ještě někdy i dnes označuje za deviantní sexuálně či sociálně. I u subhumánních živočichů není výjimečná například masturbace, orálně-genitální či anální styky, samčí a samičí homosexuální aktivity (i když homosexuální preference je podstatně vzácnější), pokusy o páření se samicemi jiného druhu (což by u lidí bylo možno označit za chování zoofilní), či dokonce – jak o tom svědčí příklad šimpanzích samic druhu *Pan paniscus bonobo*, které často směňují pohlavní styk za zisk různých výhod či potravy – i chování prostituční (DeWaal, 1989). Pedofilní chování je sice mezi opicemi vzácné, můžeme se s ním ale setkat u nedominantních samců, jimž jejich sok odloudil samici. Rovněž sexuální agrese je u opic reprodukční strategií častou (i když nepříliš úspěšnou) – (Maletzky, 1996).

Z pohledu evoluční biologie by však byla normální i nevěra a polygamie – víme totiž, že pouze 3 % savčích druhů tvoří celoživotně monogamní páry. Naše současná monogamní kulturní a civilizační norma je pak skutečně „anormální“, a to nejenom z hlediska fylogenetického, ale i z hlediska historického a kulturněantropologického. Koncepce párového manželství neodpovídá ani normě statistické (z hlediska četnosti výskytu je výrazně menšinová), ale ani normě biologické – podle názoru evolučních biologů nezajišťuje totiž zdaleka nejlepší reprodukční strategii (Wilson, 1993).

Není tomu tak dávno, co se ještě i odborníci domnívali, že párové soužití je u lidí jaksi geneticky naprogramováno. Ještě v roce 1967 tvrdil ve svém bestselleru *Nahá opice* známý evoluční biolog Desmond Morris, že evolučním účelem lidské sexuality je „posilovat párový svazek a podporovat vytváření rodinné jednotky“ (Morris, 1967). Tento názor sice vcelku potvrzoval klasické představy židovsko-křesťanské morálky, posvěcující monogamní párové svazky, ani v nejmenším však neodpovídal posledním zjištěním evoluční biologie a evoluční psychologie. Pokud by tomu tak skutečně bylo a partnerská věrnost by v nás byla geneticky determinována, asi by v průzkumech sexuálního chování neuváděly mimomanželské styky až dvě třetiny ženatých mužů a téměř polovina vdaných žen (Weiss a Zvěřina, 2001).

Je zřejmé přirozené, že – v určité době a za jistých podmínek – si lidé jsou vzájemně nevěrní. Ale nikoli pouze lidé – věrnost je vůbec v živočišné říši velmi vzácným jevem. Jak tvrdí americký sociolog Edward Wilson, věrnost je vlastností, která teprve vzniká, když je pro oba partnery výhodnější svá mláďata vychovávat spolu než si nového partnera hledat (Wilson, 1993). Dlouho se i mezi odborníky věřilo, že prototypem celoživotně věrných párových svazků, které – jako například v případě labutí – vešly i do literatury a poezie, jsou ty, které vytvářejí ptáci. Tvrdilo se, že až 97 % ptačích druhů žije v monogamních svazcích. Až v posledních letech ornitologové pomocí rozboru DNK zjišťují, že až 40 % ptačích mláďat má jiného biologického otce, než je celoživotní partner samičky. Proto asi nepřekvapí ani zjištění, že i u lidí žijících ve velkých městech má asi čtvrtina dětí jiného biologického otce, než je manžel matky. Zdá se tedy, že je „normální“, když i žena využije příležitost mít styk s atraktivnějším partnerem, než je její manžel, a tím zvýší naději na kvalitnější potomstvo. Důsledkem je pak nárůst rozvodovosti – i u nás se rozvádí až třetina manželství, v Praze dokonce až polovina. Lidské přirozenosti tedy model monogamního celoživotního svazku zjevně neodpovídá. Mnohem blíže je jí asi model tzv. sukcesivní nebo seriálové monogamie, tedy na sebe navazující vztahy, v nichž si jsou partneři po jistou dobu věrní, než se otevřou opět dalším možnostem, dalším možným genetickým kombinacím.

Další důkazy o tom, že naše morální maxima odpovídají přirozeným základům lidské sexuality pouze velmi vzdáleně, nám poskytuje srovnání s našimi nejbližšími živočišnými příbuznými – africkými lidoopy. Pouze asi 18 % všech druhů primátů žije v monogamních svazcích (například gibbon nebo kosman), ostatní druhy jsou buď polygamní (typickým příkladem je gorila, kde jeden silný samec má harém několika samic), nebo promiskuitní, jako například šimpanz (u šimpanzů za dobu říje jedna samice kopuluje až s několika desítkami samců). Přitom je známo, že ze všech primátů je nám nejbližší právě šimpanz – naše genetická výbava se odlišuje jen v 1,2 %. Šimpanz tak má k člověku geneticky blíže než například k orangutanovi.

Pokud porovnáme relativní velikost varlat u různých druhů primátů, docházíme k poznatku, že čím je druh promiskuitnější, tím je hmotnost jeho varlat ve srovnání s celkovou tělesnou hmotností větší. Je to logický požadavek vývoje – pokud chce samec během kopulace oplodnit samici, a odevzdat tak svou genetickou informaci, u promiskuitních druhů musí jeho semeno soutěžit se semenem jiných samců a větší objem ejakulátu pak zvyšuje pravděpodobnost reprodukčního úspěchu. Z tohoto hlediska je pak *Homo sapiens* ve velikosti varlat (tvorí přibližně 0,6 % jeho celkové tělesné hmotnosti) někde mezi šimpanzem a gorilou, a lze ho tedy považovat za mírně promiskuitní živočišný druh (Baker, 1996).

Předpoklad mírné promiskuity lidského druhu pak potvrzuje i zjištění týkající se počtu spermií a objemu semene. Ty totiž nesouvisejí ani tolik s časem, jenž uplyne od poslední ejakulace, ale především s délkou času, po který je partnerka muže mimo jeho dosah. Znamená to, že muž, který neměl styk řekněme týden, bude mít více spermií v ejakulátu, když tento týden jeho žena stráví na služební cestě, než když stejnou dobu bude ležet doma s chřipkou. Jeho spermie se chystají na možnou konkurenci a boj se semenem jiných mužů, s nimiž mu mohla být partnerka v době nepřítomnosti nevěrná.

Další důkazy toho, že nejsme druhem monogamním, přináší antropologie. Příbližně tisíc z celkem 1154 popsaných lidských společností, minulých či současných, včetně společností lovců a sběračů, byla nebo jsou polygamní, tedy taková, která mužům povolují či povolovala více partnerek. Z tohoto hlediska je naše monogamní kultura dosti vzácnou výjimkou. I zde se však lidská přirozenost často nakonec projeví – buď v nevěře, či v rozvodech a v několika po sobě jdoucích manželstvích (Wilson, 1993).

Statistika rozvodů přitom poskytuje jiné zajímavé zjištění týkající se charakteristik naší sexuality. Nevěra ženy je jednou z nejčastějších příčin rozvodů iniciovaných muži, nevěra muže však vede jeho manželku k podání žádosti o rozvod pouze vzácně. Vysvětlení tohoto rozdílu pak můžeme opět najít v oblasti rozdílných reprodukčních strategií mužů a žen. Zatímco prvořadým zájmem muže je co nejvíce rozšířit své geny, tedy oplodnit co nejvíce žen (přičemž u mužů tolik nehrozí, že by měli nutně zájem opustit svou stálou partnerku a dál se starat o své mimomanželské potomky), při nevěře ženy existuje vždy nebezpečí, že její manžel bude muset celoživotně nevědomě investovat do cizích genů, pečovat o děti jiného muže. Proto ženská nevěra je pro vztah nesrovnatelně více ohrožující než nevěra muže (Baker, 1996).

Potvrzuje to i zajímavý pokus, při němž si měli muži i ženy představovat své partnery v různých intimních situacích. Zatímco pro muže byla nejvíce rozrušující představa partnerky souložící s jiným mužem, ženy nejhůře nesly myšlenku, že je jejich partner zamilován do jiné ženy, že s ní prožívá romantickou lásku. V těchto případech totiž hrozí, že by ji (a její děti) mohl opustit.

Z rozdílů v investicích mužů a žen do péče a výchovy potomstva (tedy v tzv. rodičovské investici) pak plynou i další rozdíly v sexuálních strategiích obou pohlaví (viz dále kapitolu o evolučněbiologických teoriích sexuálních deviací). Muž se uchází o více žen, konkuruje o ně s jinými muži a je ženou odmítán nebo připuštěn. Pokud je přijat, je na jeho rozhodnutí, zda odejde, nebo v tomto svazku zůstane a stará se dál o ženu a její potomky. Protože z hlediska úspěšné reprodukce je pro muže účelné obojí, tedy snaha o co nejširší rozesetí svého semene, svých genů, ale současně i péče o potomky, která zvyšuje pravděpodobnost jejich úspěšného přežití, vyvinul se prototyp muže schopného párové vazby, ale za určitých podmínek náchylného k nevěře.

V jistém smyslu lze k biologické normě zařadit i normu **medicínskou (funkcionální)**, která je založená na předpokladu, že vše má svou funkci: pokud něco „funguje“ tak, jak to fungovat má, je to normální, pokud ne, je to abnormální (Mealey, 2000). Pokud má například muž zakřivený penis (trpí tzv. induratio penis plastica), ale je s ním schopen soulože, je normální. Pokud však trpí zúžením penilních cév, které mu znemožňuje dosáhnout erekce, je

to považováno za dysfunkci, tedy abnormalitu (a to přesto, že je podstatně častější než plastická indurace penisu). Komplikací při aplikování medicínské normy na sexuální chování je však skutečnost, že zdaleka ne u všech sexuálních projevů známe jejich funkci – příkladem uváděným Mealeyovou (2000) jsou noční erekce u mužů a vaginální lubrikace během spánku u žen. Pokud tedy neznáme funkci určitého projevu, nemůžeme použít medicínskou normu k určení toho, zda je tento projev normální, či ne.

Norma subjektivní a ideální

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. Subjektivní normu terapeuti aplikují nejčastěji – jejich cílem je totiž obvykle především snížení distresu a zvýšení osobní spokojenosti, štěstí a sebevědomí klienta. Tuto normu však obecně – a ani v sexuologii (zvláště v oblasti parafilií) – logicky nelze aplikovat bez toho, abychom nedospěli k naprosté anomii (tedy k situaci, kdy neplatí jakékoli normy). Úskalím normy ideální (představy životního optima jako „hotového, ideálního stavu“) je pak kromě neujasněnosti v názorech na lidské životní optimum i její nedosažitelnost – podle tohoto pojetí by lidé k normalitě pouze směřovali, více či méně se k ní blížili, ale reálně by kritéria této normy nikdo nemohl naplnit.

Definice sexuální normality

I na základě tohoto stručného přehledu norem aplikovatelných na lidské sexuální chování je zřejmá především skutečnost, že jakýkoli jednostranný pohled – tedy aplikace kterékoli partikulární normy – má v této oblasti vždy jen relativní platnost. Přesto však lze konstatovat, že některé formy sexuálního chování vybočují i z těch nejširěji 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 konsenzu 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 konsenzu pak i z té nejširší definice normality vylučuje kromě sexuálně agresivních či sadistických i aktivity zoofilní, exhibicionistické, tušérské, 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 od nich nelze plně odhlédnout ani při posuzování těch projevů, jež jsou motivovány sexuálně.

V této souvislosti, tedy při vědomí nutnosti akceptace zachovávání 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 případech 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 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 konsenzuální (souhlasné) sexuální aktivity, které se odehrávají mezi psychosexuálně a somatosexuálně dostatečně zralými a pokrevně v přímé linii nespřízněnými partnery, a jež nevedou k jejich psychickému nebo tělesnému poškození.**

Současné 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.**

Je zřejmé, že s uvedeným pojetím normality sexuálního chování může vyjádřit nesouhlas mnoho odborníků – teologů, filozofů, psychologů, lékařů, právníků, biologů, etologů, ale i sexuologů (u některých z nich lze očekávat nesouhlas například v otázce normality homosexuálních aktivit, která nepřímo z uvedené definice plyne). Úvahou o normalitě chceme především upozornit na velkou různorodost možných pohledů na oblast lidského sexuálního chování a prožívání při vědomí toho, že nalezení konečné odpovědi na položené otázky bude pravděpodobně záležitostí další dlouhodobé diskuse.

Jsme si přitom vědomi skutečnosti, že v postindustriální době, v éře informací, rozpadu totalitních států a blokového vidění světa se samozřejmě postupně mění i sexuální morálka. Neustále se urychluje somatosexuální

i psychosexuální zrání mládeže, zvyšuje se informovanost o sexuálních otázkách i uvědomělost sexuálních menšin. Liberalizují se původně restriktivní postoje k předmanželskému sexu, k masturbaci, homosexualitě, nekoitálním sexuálním aktivitám. To, jaké postoje k těmto jevům jedinec zaujme, je stále více ponecháváno na jeho svobodné volbě, na jeho hodnotovém systému, osobních zkušenostech a zrání, na jeho individuálních etických normách. Současně však jsme přesvědčeni, že i přes všechnu relativizaci koncepce normality některé základní rysy a charakteristiky sexuálního chování a prožívání, a to především ty, které Klein (1997), citovaný v úvodu kapitoly, uvádí jako druhově specifické, zůstávají trvalými kritérii rozlišujícími normu a patologii i v oblasti lidské sexuality.

Sexuální deviace

V *Diagnosticém a statistickém manuálu* Americké psychiatrické asociace při jeho prvním vydání z roku 1952 (DSM-I) byly parafilie (tehdy ještě pod názvem sexuální deviace) zařazeny mezi tzv. sociopatické poruchy osobnosti. Podle dalšího vydání tohoto seznamu (DSM-II z roku 1968) byla sexuální deviace diagnostikována tehdy, když „sexuální zájem individua zahrnoval jiné objekty než dospělý jedinec opačného pohlaví, jeho sexuální chování nebylo obvykle spojeno se souloží nebo soulož byla uskutečňována za bizarních okolností, jako je tomu u nekrofilie, pedofilie, sexuálního sadismu a fetišismu“. Sexuální deviace byly přitom v této revizi zahrnuty do kategorie *Poruchy osobnosti a nepsychotické duševní poruchy*.

Termín parafilie byl poprvé použit v DSM-III z roku 1980. Byla zde zařazena do široké skupiny sexuálních poruch. V USA dodnes platné definici deviací podle DSM-IV z roku 1994 pak byla pro diagnózu parafilie určena kritéria, která vyžadovala, aby se u jedince vyskytovaly „opakované sexuální fantazie, sexuální potřeby nebo sexuální chování, které by zahrnovaly

1. nehumánní objekty,
2. utrpení nebo ponížení sebe nebo partnera a
3. děti nebo jiné nesouhlasící osoby“.

Diagnóza parafilie může být podle dalších kritérií DSM-IV stanovena tehdy, když „se tyto fantazie, potřeby a projevy objevují v období minimálně šest měsíců a způsobují klinicky významný distres nebo zhoršení v sociální, profesní nebo jiné významné oblasti života“. DSM-IV přitom rozeznává celkem devět kategorií těchto poruch.

Podle 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 F65 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 podle MKN-10 patří tyto podmínky (Smolík, 1996):

1. jedinec opakovaně prožívá intenzivní sexuální touhy a fantazie týkající se neobvyklých objektů nebo aktivit,
2. jedinec buď touhám vyhoví, nebo je jimi citelně obtěžován,
3. preference je přítomna nejméně šest měsíců.

Poruchy, které sem patří, uvádí tab. 1.

Tab. 1 Poruchy sexuální preference podle MKN-10

Kód	Parafilie
F65.0	fetišismus
F65.1	fetišistický transvestitismus
F65.2	exhibicionismus
F65.3	voyeurismus
F65.4	pedofilie
F65.5	sadomasochismus
F65.6	mnohočetné poruchy sexuální preference
F65.8	jiné poruchy sexuální preference (frotérství, nekrofilie)
F65.9	porucha sexuální preference NS, sexuální deviace NS

Výčet parafilií podle tohoto oficiálně platného seznamu však považujeme za neúplný a neodpovídající plně potřebám sexuologické diagnostiky. Jak upozorňují Freund a Seto (1998), není zde (a ani v její americké době DSM-IV) například zahrnuta patologická sexuální agresivita, a to přesto, že její podstata je odlišná od sadismu.

Sexuální deviace (parafilie) považujeme za kvalitativní odchylku struktury sexuálního motivačního systému (Zvěřina, 1982). V literatuře se ale můžeme setkat i s jinými definicemi: deviace jako porucha řízení sexuálních emocí (Brichcín, 1995), menšinová variace sexuálního motivačního systému (Kolářský a Madlafousek, 1983), scestné zaměření pohlavní aktivity vedoucí k preferování nevhodných sexuálních objektů nebo způsobů ukájení, které odporuje mravním a estetickým normám a zájmům společnosti a někdy přímo ohrožuje jiné osoby (Študent, 1989) atd. Obecně přijatá a vyčerpávající definice sexuální deviace zatím neexistuje.

Vnější projevy sexuálních deviací zahrnují širokou škálu aktivit, od neškodného a spíše jen společensky obtížného chování (exhibice, převlékání se do šatů opačného pohlaví) až po nejnebezpečnější trestné činy proti lidské důstojnosti, zdraví či životu obětí. Společensky nebezpečné sexuální deviace se mohou navenek projevit jako sexuální delikt.

Brzek (1997) přitom rozeznává tzv. **jádrové deviace**, tedy deviace v užším slova smyslu, kde deviantní jedinec není vůbec schopen normálního sexuálního chování a je schopen pouze chování deviantního, a **deviace v širším slova smyslu**, kde je deviantní zaměření sice méně hluboké, ale jednoznačně převažuje, tj. je důležitou a podstatnou (i když ne výlučnou) součástí sexuální charakteristiky jedince, a významně tedy ovlivňuje motivaci jeho jednání. Takový deviant je podle autora schopen být dobře vzrušen jen jeho deviací přiměřeným sexuálním objektem nebo aktivitou, normální sexuální objekty a aktivity jsou pro něj méně přitažlivé, nicméně za určitých okolností možné. Citovaný autor navíc uvádí i možné **deviantní rysy osobnosti v mezích širší normy**, které však nelze považovat za sexuální deviaci v pravém slova smyslu, svědčí spíše o toleranci deviantních podnětů v situacích sexuální nouze.

Z klinické praxe vyplývá, že předmětem abnormální erotické preference se může stát v podstatě cokoliv a různé jsou i možné deviantní způsoby dosahování sexuálního uspokojení. V následujícím přehledu uvedeme nejvýznamnější deviace v objektu či v aktivitě (za kritérium významnosti volíme především hledisko nebezpečnosti pro devianta nebo pro jeho okolí), nebo ty, jejichž výskyt je nejčastější. Základní motivační mechanismy, řídící poruchy blíže popsané i pouze zmíněné, však budou v zásadě u všech podobné. U některých dále uvedených preferencí (zvláště pak u gerontofilie, zoofilie či nekrofilie) je přitom dosud sporné, zda se jedná o sexuální deviaci v pravém slova smyslu, nebo jestli jde pouze o náhražkové způsoby sexuálního uspokojení osob, které mají omezenou nebo zcela znemožněnou příležitost k normálnímu sexuálnímu uspokojení.

V zásadě rozeznáváme sexuální deviace dvojího druhu – **deviace v aktivitě**, *deviatio in modo* (dle psychoanalytické terminologie perverze, podle Freunda poruchy dvoření, tedy *courtship disorders*), a **deviace v objektu**, *deviatio in objecto* (v psychoanalytických koncepcích inverze, podle Freunda parafilní cílové preference – *paraphilic target preferences*). Kromě těchto základních pak rozeznáváme **deviace kombinované** či **polymorfní**, u nichž se vyskytuje současně více druhů deviantních preferencí. Někteří autoři (například Zvěřina, 1995) přiřazují k sexuálním deviacím i poruchy sexuální identifikace, tyto však jsou v mezinárodních klasifikacích vedeny pod zvláštními kódy (F64 podle MKN-10).

2.1 Deviace v aktivitě

Deviace v aktivitě jsou charakterizovány jako **poruchy ve způsobu dosahování sexuálního vzrušení a uspokojení**. Mezi jejich hlavní představitele lze zařadit voyeurismus, exhibicionismus, frotérismus, tušérství, patologickou sexuální agresivitu, agresivní sadismus, sadomasochismus a jiné podobné poruchy (erotografomanii, skatofilii atd.).

2.1.1 Voyeurismus

Název pochází z francouzského *voir* – vidět (někdy se užívá i názvů voyerismus, skoptofilie či slídičství). **Vzrušení je u této deviace dosahováno sledováním intimního počínání nic netušících anonymních objektů** (svlékajících se či masturbujících žen, souložících párů), spojeným většinou s masturbací. Možné alternativy blízké voyeurismu jsou podle Moneyho (1996b) skoptolagnie (pozorování lidí během sexuálních aktivit), skoptofilie (pozorování nahých objektů), mixoskopie (pozorování souložících párů), piktofilie (preferenci obecných nebo pornografických obrazů či videonahrávek, sám nebo s partnerem). Tyto preference na rozdíl od pravého voyeurismu většinou nesplňují požadavek anonymity objektů nebo požadavek, aby objekty o tom, že jsou sledovány, nevěděly.

Určitá sexuální zvědavost je asi vlastní většině mužů i žen, avšak v případě pravé deviantní motivace se toto chování stává preferovaným způsobem dosahování vzrušení a je upřednostňováno před partnerskými sexuálními aktivitami, a to i v situacích, kdy je atraktivní sexuální partner preferovaného věku a pohlaví dostupný a kdy neexistuje ani sociální překážka sexuální interakce.

Nejčastějším vysvětlením pro voyeuristické chování je předpoklad, že jde o sexuální stimulaci bez hrozby sexuálního kontaktu či odmítnutí (Bancroft, 1989). Voyeuři stráví často celé hodiny obcházením domů či dívčích internátů a mají obvykle své „rajony“, v nichž přesně vědí, kde a kdy mohou sledovat své vytipované objekty v intimních situacích. Někdy si vybírají určitá povolání (například umývání oken) či koníčky (například astronomii), které jim poskytují zvýšenou příležitost k realizaci deviantních potřeb a současně i možnou racionalizaci chování při eventuálním přichycení.

Kazuistika č. 1

Počítačový technik, 29 let, středoškolsky vzdělaný, ženatý, otec dvou dětí, nikdy v minulosti netrestán, nastoupil dobrovolně sexuologickou ústavní léčbu. Rozhodl se pro ni ve chvíli, kdy manželce prozradil své slídičské aktivity. Sám pociťuje úlevu, že „se to konečně vše provalilo“. Má pocit, že by to už dlouho nevydržel. Jeho život byl v posledních letech „učiněné peklo“, málo spal, v práci už nezvládal nápor a trpěla i rodina.

Voyeuristické potřeby se u něj projeví poprvé už v období dospívání. Tehdy náhodou zahlédl svého staršího bratra při souložích s přítelkyní. To ho vzrušilo tak, že měl samovolnou ejakulaci. Poté na to musel stále myslet, několikrát denně musel onanovat. Napadlo ho, že by mohl sám vyhledat příležitost ke sledování podobných aktivit. Od spolužáků slyšel, že ve vagonech vlaku, kterým dojížděl do školy, jsou v umývárce vyvrtané dírký, kterými lze sledovat ženy používající přilehlý záchod. Od té doby si sedal do kupé co nejbližší záchodu, a když kolem prošla nějaká dívka či mladá žena na záchod, hned odcházel do umývárky, vyvrtaným otvorem (prý byl v každém vlaku, nikdy si ho nemusel vyvrtávat sám) ji sle-

doval a onanoval. Jednou dokonce zahlédl ženu, která na záchodě masturbovala. Nikdy při tom nebyl chycen.

V kontaktu s vrstevnicemi byl spíše stydlivý, když však o něj v 19 letech projevila zájem spolužačka, „nechal se sbalit“. Ona sama pak iniciovala pohlavní styk, ten se mu docela líbil. Pak mívali styky celkem pravidelně, musel však při nich myslet na to, co viděl ve vlaku, jinak se nevzrušil. S touto partnerkou se nakonec i oženil, měli spolu postupně dvě děti. Celkem se mu ulevilo, když po porodech přestala jevit zájem o pohlavní styky, stačilo mu tehdy onanovat. Poslední dva roky však byla potřeba vidět nějaké ženy v podobných situacích stále silnější. Večer začal odcházet z domova pod záminkou venčení psa, díval se potají do oken okolních vilek, nakonec zjistil, kdy chodí obvykle některé ženy spát, svlékají se a myjí. Od té doby je sledoval, někdy zahlédl i souložící páry. Při těchto aktivitách onanoval až do výronu semene. Domů chodíval po půlnoci, kdy už všechny objekty jeho zájmu ulehly. Postupně však začal cítit nutkání tyto objekty sledovat i při ranním vstávání, proto se budil brzy, aby to „stihl“, a až pak odcházel do práce. Manželce své časně odchody z domova odůvodňoval joggingem. V posledních měsících už spal denně jen několik hodin, musel stále myslet na své deviantní aktivity, jeho pracovní výkon se zhoršil, hrozilo mu propuštění. Až tehdy se rozhodl svěřit se manželce a vyhledat odbornou pomoc.

Podobně jako exhibicionisté popisují i voyeurů pocity úzkostného vzrušení spojené s pozorováním objektu v situaci nebezpečí prozrazení, podobně jako popisují exhibicionisté pocity vzrušení při odhalení genitálu. Exhibicionistické a voyeuristické potřeby a aktivity jsou přitom velmi často spojené, mnozí praví exhibicionisté mají voyeuristické epizody (či začínají svou deviantní kariéru voyeuristickými aktivitami) a mnozí voyeurů se někdy během své deviantní kariéry i odhalují. Například Abel a spol. (1988) ve svém souboru 142 expozérů genitálu nacházejí u 28 % i aktivity voyeuristické a u 63 % ze 62 klientů s voyeuristickým chováním aktivity exhibicionistické. Ze 115 mužů s voyeuristickými aktivitami v souboru Bradforda a spol. (1992) uvedlo exhibice 52 % pacientů.

Kromě exhibicionistických aktivit jsou u voyeurů často zjišťovány i jiné deviantní projevy charakterizovatelné především minimálním kontaktem s objekty, a to především projevy frotérsko-tušerského charakteru. Přibližně u 20 % jedinců trpících voyeurismem však Freund a Watson (1990) nacházejí i chování sexuálně agresivní. Podle Hansona a Harrise (1997) je proto při klinickém či forenzním vyšetřování voyeurů důležité myslet na možnou přítomnost jiných, podstatně nebezpečnějších sexuálních preferencí, a to přesto, že oni sami často prezentují méně závažný voyeuristický problém jako jediný. Pokud je například deviant přichycen při voyeuristických aktivitách v blízkosti dětského koupaliště, z diagnostického hlediska bude jistě velmi pravděpodobné, že jeho hlavní poruchou určující sexuální motivaci bude pedofilní preference. Slídičské aktivity pak mohou být pouze méně ohrožující náhražkou fyzického kontaktu s dětmi.