

Aktualizace původního manuskriptu pro Fórum sociální práce 2010

Původní text: Jozífková E. 2010 Pravda, hanba a diagnóza: proč vyjmout sadomasochismus ze seznamu deviací. Fórum sociální práce, 2:53-63

Pravda, hanba a diagnóza:

proč vyjmout sadomasochismus ze seznamu deviací.

RNDr. Eva Jozífková Ph.D.

Katedra biologie, Přírodovědecká fakulta, Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem

ABSTRAKT

Sadomasochismus byl ze seznamu deviací ICD 10 vyňat v Dánsku (1995), Švédsku (2009) a Norsku (2010). Důvodem vynětí v Norsku byla 1) zastaralost diagnózy 2) nedostatek odborných důvodů, proč toto chování jako deviaci klasifikovat 3) omezení diskriminace a 4) omezení stigmatizace. Řazení sadomasochismu mezi poruchy je příčinou pocitů hanby a vyloučení, stresu a omezení toku informací. Následky toho však postihují celou populaci, a nikoliv jen osoby s touto sexuální preferencí, neboť 1) ztěžují realizaci tohoto chování společensky přijatelným způsobem 2) snižují účinnost prevence nákazy HIV a jiných sexuálně přenosných nemocí. Řešením je respektování sadomasochismu jako alternativního sexuálního chování.

ABSTRACT

Sadomasochism was removed from ICD 10 list of disorders in Denmark (1995), Sweden (2009) and Norway (2010). In Norway, the justification for the removal were 1) that the diagnosis is obsolete 2) not supported by medicinal arguments, 3) its retention among disorders represents discrimination 4) it unnecessarily stigmatizes this oriented persons. The listing of sadomasochism as a disorder induces feelings of shame, segregation, and distress in thus inclined persons, and restricts information flow. The after-effect may harm not only bearers of the specific sexual preference but also the common population. Listing of sadomasochism as a disorder makes it more difficult to engage in mutually consensual sexual activities and precludes prevention of HIV and other sexually transmitted diseases. Respecting of sadomasochism as an alternative sexuality may mitigate these problems.

ÚVOD

K náplni práce sociálního pracovníka patří péče o menšiny a ohrožené nebo vyloučené skupiny, včetně skupin osob s menšinovou sexuální orientací. Sociální pracovníci se střetávají s často tragickými a obtížně řešitelnými následky chyb systému a s dopady stigmatizace. Vyšší tolerance k jedincům s menšinovou sexuální orientací může zdánlivě vést spíše k ohrožení. Je to však především chybná klasifikace a odsuzování, které zapříčiňuje utrpení, viditelné i skryté násilí.

Podle u nás užívaného Mezinárodního seznamu nemocí a zdravotních problémů (ICD 10) patří sadismus a masochismus -sexuální vzrušení bolestí, ponížením nebo svazováním¹ - mezi „poruchy chování a osobnosti dospělých“. Je to „parafilie“ neboli sexuální deviace. Přitom jedinec nemusí takové chování skutečně konat. Stačí, aby osobu vzrušovaly představy tohoto druhu, jde například o tzv. ideatorní sadismus (Weiss 2002).

V Dánsku byl sadismus a masochismus vyjmut ze seznamu sexuálních deviací Mezinárodního seznamu nemocí a zdravotních problémů ICD před patnácti lety. V roce 1995. (Reiersol & Skeid 2006) Loni (2009) byl vyjmut ze seznamu ICD 10 ve Švédsku (Skeid 2010) a v lednu tohoto roku (psáno 2010) v Norsku (Revise F65 2010 a). V těchto vyspělých zemích je na preferenci pro sadomasochistický sex nahlíženo jako na alternativní sexuální chování. Nikoliv jako na deviaci. Proč tomu tak je a co to přináší?

DŮVODY, KTERÉ VEDLY K VYJMUTÍ

Navzdory dojmu, který toto chování na první pohled budí, naprostá většina jedinců praktikuje sadomasochistický sex za vzájemného souhlasu sexuálních partnerů. Jedná se tedy o dobrovolnou aktivitu, nikoliv o násilí. Čeští sexuologové pro takové chování používají termín partnerský sadomasochismus¹ (Weiss 2002). Co se týče sexuálních praktik samotných, extrémní sadomasochistické praktiky jsou minoritní záležitostí, a nikoliv způsobem, jak většina takto zaměřených osob praktikuje sadomasochistický sex. Podle výzkumů z poslední doby se osoby s preferencemi pro sadomasochistický sex neliší od většinové populace ničím jiným, než svým zaměřením – tedy nepotvrdily se hypotézy, že by tato preference vznikla zneužitím v dětství, ani psychoanalytický model. Obdobně jako homosexualita není tato preference spojena s psychiatrickou patologií.

Bjørn-Inge Larsen, ředitel Norway Directorate of Health's spadajícího pod Norské ministerstvo zdravotnictví a sociální péče uvedl jako důvod vyškrtnutí ze seznamu deviací, že 1) uvedená diagnóza je zastaralá 2) sociální normy ani názor specialistů neposkytují v současné době oporu k tomu, aby bylo toto chování klasifikováno jako porucha a 3) vyjmutí přispěje k tomu, aby určité sexuální preference, sexuální identita nebo vyjádření příslušnosti k pohlaví nebyly nahlíženy jako projev

nemoci a 4) řazení tohoto chování mezi poruchy přispívá k stigmatizaci skupin i jedinců. Společně se sadomasochismem byl vyškrtnut ze seznamu fetišismus, fetišistický transvestitismus, vícečetná porucha sexuálních preferencí a transvestitismus. (Revise F65 2010 a)

Jako zbytečné, zastaralé, neodborné, a stigmatizující jsou označeny diagnózy fetišismus, fetišistický transvestitismus, sadomasochismus, a vícečetná porucha sexuálních preferencí i v materiálu ke změnám Mezinárodního seznamu nemocí a zdravotních problémů (ICD 11) (Revise F65 2009).

Co se týče zastaralosti diagnózy, původní manuál ICD vznikl v roce 1900 jako seznam smrtelných nemocí, v roce 1948 do něj byly přidány sexuální deviace. Od roku 1965 pak v definicích sexuálních deviací sadismu a masochismu nedocházelo k velkým změnám. (Reiersol & Skeid 2006) Tvzení Weinberga (Weinberg 2006), že na fenomén sadismu a masochismu je nadále nahlíženo na základě přístupu tradovaného z viktoriánské éry, tedy není nadsázkou. Hlavní kritérium „deviace“ zdůrazňuje, že se jedná o chování zahrnující „neobvyklé - unusual“ objekty nebo aktivity (Reiersol & Skeid 2006). Podle Reiersola a Skeida (2006) pojem „neobvyklé“ může být vnímán jako „abnormální“ nebo „podivné“. Statistická frekvence výskytu tohoto chování (málo časté – neobvyklé) tedy může být zaměňována s morálním postojem k tomuto chování. To se výrazně promítá i do české verze ICD 10, kdy pojem „odchylka“ vzbuzuje dojem morálně zavrženého chování (World Health Organization 2010).

V minulosti bylo více dnes běžně tolerovaných forem sexuálního chování považováno za patologické, například homosexualita a anální sex (Reiersol & Skeid 2006). Typickým příkladem chování, které zřejmě poznamenalo celé generace, je negativní přístup k masturbaci a příkladem z nedávné doby snaha „léčit“ transsexuály tak, aby „přijali“ své fyzické pohlaví. Tento „problém“ se dnes řeší operativním zákrokem a legislativní změnou pohlaví. Fyzické tělo se tedy přizpůsobuje tomu, jak se člověk vnitřně cítí. A připomínám, že transsexualismus u nás rovněž není deviací, obdobně jako homosexualita (zůstává však v ICD 10, jako porucha pohlavní identity, a to proto, aby bylo možno uhradit změnu fyzického pohlaví).

Vraťme se však zpátky ke statistickému pojetí „neobvyklosti“ chování. Počet jedinců praktikujících sadomasochistický sex není zanedbatelný. Osm až deset procent amerických domácností vlastnilo pomůcky pro tuto formu sexu (Janus & Janus 1993). Podle některých zdrojů mohou počty jedinců s preferencí pro sadomasochistický sex převyšovat počet homosexuálů (Leitenberg & Henning 1995, Revise F65 2010 b).

Co se týče české populace, podle studie získané pomocí internetové „pasti“ si dominantního partnera zvolilo 13,8% mužů a 20,5% žen, submisivního partnera 36.6% mužů a 19.8% žen (Jozifkova & Flegl

2006). Dominance a submisivita (projevy nadřazenosti a podřízenosti, které se často v sadomasochistickém sexu objevují (viz. poznámka č. 1) působí jako sexuálně vzrušující podněty pro podstatnou část populace (Jozifkova & Flegr 2006), což je zřejmě dáno evolučně biologickými kořeny této sexuální preference (Jozifkova & Konvicka 2009). Bylo zjištěno, že sexuální preference výše nebo níže postaveného partnera je spojena s vyšším reprodukčním úspěchem (Jozifkova & Konvicka 2009). Je zajímavé, že se komunity takto zaměřených jedinců vyskytují v rozvinutých demokratických zemích s relativní rovností společenských vrstev obyvatel navzájem a relativní rovností mužů a žen. Zdá se, že toto chování umožňuje symbolickou formou ventilovat část přirozeného sexuálního chování člověka v původní výrazněji rozvrstvené společnosti. A je skutečně otázkou, zdali je symbolická forma přirozeného chování patologií či zdali symbolicky prováděné chování ohrožuje společnost.

Pokud odhlédneme od velkého počtu osob s těmito preferencemi, zůstává otázkou, zdali lze diagnostikovat chování jako „poruchu“ jen proto, že je toto chování neobvyklé. Autoři Reiersol a Skeid (2006) takové „diagnostikování“ odsuzují. Připomínají, že pokud je sexuální chování bezpečné a konsensuální (konané se souhlasem), není na něm z klinického pohledu nic v nepořádku².

Osoby by rovněž neměly být označeny jako jedinci s „deviací“ proto, že jsou stresovány odlišností svého sexuálního zaměření nebo že kvůli tomuto chování pociťují obtíže. Pocit obtíží je často spojen s pocitem hanby spíše než s tímto chováním jako takovým (viz. výsledky výzkumu Ortiz-Hernandez (2005)). Ve skutečnosti osoby s vyšší pravděpodobností trpí hanbou, pokud je forma sexu, kterou preferují, odmítána nebo vnímána jako odporná, stigmatizována či označována jako diagnóza. (Reiersol & Skeid 2006) Pohybujeme se tedy v kruhu. Následky vnímání určitého chování jako zvrhlého, nenormálního či nepřijatelného, tedy následky odmítání a stigmatizace jsou zdokumentovány v řadě studií na jedincích s homosexuální preferencí, k těmto následkům patří mimo jiné zhoršení duševního zdraví (Meyer 2003), vyšší počet sebevražd (Ortiz-Hernandez 2005; Ploderl et al. 2010; Ploderl & Fartacek 2009) a rizikové chování (Ortiz-Hernandez 2005, Wang et al. 2007).

V této souvislosti je třeba zmínit částečně paradoxní situaci ohledně vnitřního přijetí svého sexuálního zaměření. Například homosexuální jedinci ztotožnění se svou orientací byli a jsou vnímáni jako jedinci bez poruchy, zatímco jedinci stresovaní svým zaměřením nebo ti, kteří se s ním plně neztotožnili mnohdy právě na základě negativního působení okolí (tzv. egodystonní homosexuálové), jsou označováni jako jedinci s poruchou. S tím souvisí i snaha osob s menšinovým zaměřením dokázat ostatním, že osoby s menšinovými preferencemi jsou se svým zaměřením plně vyrovnány a akceptují je. Tu lze pozorovat i u dalších sexuálních menšin, kdy občas ústí do křečovitých projevů a paradoxních prohlášení, které dojem „normality“ nebudí.

Mnoho diagnóz v podstatě odráží sociální normy, (viz definice ICD, kdy se doslova píše: „odchyly od způsobů, kterými průměrný člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a zvláště má vztahy

k druhým...“(World Health Organization 2010). Typickým příkladem je homosexualita, která byla vyjmuta ze seznamu diagnóz ICD na základě tlaku homosexuálů, s tím, že není žádný důkaz o tom, že by homosexualita byla „duševní porucha“ (Reiersol & Skeid 2006). Vyjmutí homosexuality, stejně jako dříve její zařazení do seznamu ICD, bylo činem spíše politickým (Moser 2003), než činem na základě hlubokého porozumění sexuálnímu chování.

Lze odvodit, že kategorie deviace mimo jiné v minulosti vznikla, aby bylo možno rozpoznat předem potencionální nenormální a nebezpečné chování, a případně odhalit skutečnou příčinu trestného činu. Autoři Reiersol a Skeid (2006) zdůrazňují, že násilné chování vůči ostatním nesouvisí výhradně se sexuální preferencí. Ublížit sobě nebo jiným mohou i „většinově“ orientovaní. Proto není potřeba řadit sadomasochismus mezi deviace. Pokud má osoba nekontrolovatelnou potřebu násilí nebo poškozování jiných či sebe, její chování může být klasifikováno v kategorii Specifické poruchy osobnosti a Nutkavé a impulzivní poruchy (Reiersol & Skeid 2006). Problémem totiž není sexuální zaměření samo o sobě.

Ve skutečnosti naprostá většina osob praktikujících sadomasochistický sex nepáchá trestné činy. Jsou si svých preferencí vědomi a realizují je s osobami, které s takovou aktivitou souhlasí. Reiersol a Skeid zdůrazňují, že sexuální chování, konané bezpečně a se souhlasem, nemá být považováno za nemorální nebo patologické. Materiál ICD Revision White Paper pak doslova uvádí, že tyto preference jsou soukromou věcí, která se netýká společnosti (Revise F65 2009).

Problémem jsou údaje, na jejichž základě byl sadomasochistický sex řazen do deviací. Prvotními zdroji byly románové příběhy a psychiatrické případy. Navzdory svému původu jsou stále tyto údaje v komunitě psychiatrů užívány. (Reiersol & Skeid 2006) Je otázkou, zdali se můžeme dobrat podstaty zobecněním případů, o kterých se psychiatři dozvěděli jen proto, že se konkrétní jedinci dostali do konfliktu se zákonem (Reiersol & Skeid 2006). Navzdory vysokému počtu osob s tímto zaměřením se lékaři a specialisté setkávají obecně s malým počtem takto zaměřených jedinců (odborníci, kteří se účastnili výzkumu Kolmes et al. (2006), se setkali průměrně s jedenácti jedinci takto zaměřenými)⁴. A pouze 12 % ze 175 dotázaných respondentů s preferencí pro sadomasochistický sex uvedlo, že jejich sexuální zaměření souviselo s problémem, který je přivedl k terapeutovi. A o svém zaměření terapeutovi neřeklo 28,6 % respondentů (Kolmes et al. 2006).⁵ Díky nesprávné metodice získávání informací byl tedy náhled na potencionální nebezpečnost nositelů této sexuální variace zkreslen, následkem toho se většina takto zaměřených jedinců před odborníky doslova ukrývala, a teprve v nedávné době byla shromážděna potřebná data.

Je třeba zdůraznit, že výsledky výzkumů na neklinické populaci, (tj. respondenti byli kontaktováni v prostředí SM komunit či v rámci většinové populace, a nikoliv jako pacienti či pachatelé trestných činů) vyvrátily klasické tradované psychopatologické a freudovské modely³ (Cross & Matheson 2006; Dancer et al. 2006; Nordling et al. 2000; Richters et al. 2008; Sandnabba et al. 1999). Jak bylo

uvedeno výše, osoby s preferencemi pro sadomasochistický sex se neliší od většinové populace ničím jiným, než svým zaměřením.

Autoři Reiersol a Skeid zdůrazňují, že diagnóza nerozlišuje, zda jedinci konají sex souhlasně nebo zda se jedná o násilí. Proto jsou takové praktiky považovány za špatné, i když je konají souhlasící osoby. A to přesto, že existují formy těchto praktik, které jsou bezpečné (Reiersol & Skeid 2006). Za posledních 20 let vývoje komunit takto zaměřených osob se ustanovilo užívání safeword (slova nebo hesla, které signalizuje, že si jedinec přeje sexuální interakci ukončit), bezpečnostní pravidla, symboly hrlosti, a morální a etické principy shrnuté slovy „safe, sane and consensual“, tj. bezpečně, s rozumem, se souhlasem (Revise F65 2009).

Reiersol a Skeid (2006) zdůrazňují aspekt lidských práv. Uvádějí, že v řadě případů ztratily osoby takto zaměřené práci v okamžiku, kdy se zaměstnavatel dozvěděl o jejich orientaci. Rovněž ICD Revision White Paper označuje diskriminaci za jeden z důvodů pro zrušení diagnózy. Připomíná, že pro mnohé osoby je tato sexuální preference víc než jen nějaké chování, je to součást jejich identity. Stigmatizování menšiny označením osobní orientace jako psychiatrického stavu je obdobné jako diskriminace kvůli rase, etnické příslušnosti nebo náboženství. Obdobně jako u homosexuality je diagnóza sadismus, masochismus a fetišismus jen zřídka užívána pro účely terapie. Místo toho jsou tyto diagnózy používány k ospravedlnění diskriminace a obtěžování ze strany nepoučených jedinců nebo státních institucí. Psychiatrická diagnóza má zásadní vliv na možnost získat práci, posouzení schopnosti vychovávat děti po rozvodu a podobně. Vyjmutím diagnózy se seznamu deviací by se tyto menšiny mohly méně obávat diskriminace v soukromí i na veřejnosti (Revise F65 2009).

Co se týče terapie, sexuální zaměření je neměnné (Weiss 2002). Sexuologové nemohou takové osoby „vyléčit“. Pomáhají jim najít a pojmenovat své sexuální preference, vyrovnat se s nimi a realizovat je společensky přijatelným způsobem. Reiersol a Skeid (2006) podrobně dokládají příklady, kdy problémy osobám s odlišným zaměřením přináší nikoliv jejich orientace, ale fakt, že jsou označovány jako devianti, stud a snaha „chovat se v sexu normálně“. Existují lidé, kteří trpí stigmatem a emocionálním stresem kvůli diagnóze (Reiersol & Skeid 2006). Řazení sexuálního chování mezi diagnózy (na základě preferencí pro sadomasochistický sex) zvyšuje riziko sociální stigmatizace (Revise F65 2009) a snižuje kvalitu života osob s touto menšinovou preferencí.

Řazení sadomasochismu a fetišismu mezi diagnózy ztěžuje prevenci HIV a sexuálně přenosných nemocí (Reiersol & Skeid 2006; Revise F65 2009). Tento jev je dobře zdokumentován. Osoby si musí být vědomy vlastní hodnoty, aby se chránily (Revise F65 2009). Je zřejmé, že osoby označované jako „devianti“ či jedinci s „poruchou“ se se zvýšenou pravděpodobností mohou považovat za méněcenné. Nižší sebeúcta souvisela s vyšší pravděpodobností nechráněného sexuálního styku u homosexuálních a bisexuálních mužů (Rosario et al. 2006). Negativní postoje vůči homosexualitě vedly ke zvýšení

emocionálního stresu, a takto zvyšovaly pravděpodobnost nechráněného sexuálního styku (Rosario et al. 2001; Rosario et al. 2006).

Řazení sadomasochismu a fetišismu mezi diagnózy narušuje identitu komunity (Revise F65 2009). Možnost zapojení do komunity je však velmi důležitá z hlediska prevence HIV. Například Rosario et al. (2001) uvádí, že zejména omezené zapojení do aktivit homosexuálů souviselo se zvýšenou pravděpodobností nechráněného sexuálního styku. Osoby rovněž musí vědět, jak se chránit (Revise F65 2009). Tuto informaci často získávají právě prostřednictvím komunit.

O tom, jak je prevence HIV a dalších sexuálně přenosných nemocí v této oblasti důležitá, podává důkaz následující případ. Board of Health (část centrálního zdravotnictví v Norsku) podporoval finančně skupinu Smia (skupinu zajišťující lidská práva pro transgendry a osoby s homosexuální a bisexuální preferencí), aby posílil sebeúctu a identitu gay leathermen⁶ jako část strategie proti sexuálně přenosným nemocem včetně AIDS. Paradoxně tedy ty samé autority, které diskriminovaly a stigmatizovaly tyto sexuální praktiky, podporovaly komunitu v rámci boje proti HIV (Reiersol & Skeid 2006).

VYJMOUT NEBO PONECHAT - PRÁVA OBĚTÍ

Dříve uvedené důvody vyjmutí sadomasochismu ze seznamu ICD mohou budit dojem, že jsou práva jedinců s touto sexuální variací protěžována na úkor obětí. To, co může ohrozit jiné, však není vynětí sadomasochismu ze seznamu sexuálních poruch, ale právě stigmatizace (Jozifkova 2011) daná řazením tohoto chování mezi poruchy.

Samotný fakt, že svoje potřeby mohou sadomasochisticky zaměření jedinci realizovat se souhlasící osobou, může snižovat a nikoliv zvyšovat pravděpodobnost takového sexuálního chování vůči nesouhlasící osobě (Jozifkova 2011). Například Diamond (2010) uvádí, že zvýšená dostupnost pornografie vedla ve sledovaných zemích ke stagnaci či snížení počtu sexuálně motivovaných trestných činů. Nedochovalo k jejich zvýšení (Diamond 2010). To platí i pro Českou republiku, kdy po uvolnění pornografie došlo ve srovnání s obdobím před revolucí ke snížení počtu sexuálně motivovaných trestných činů, snížil se počet zneužití dětí a počet méně závažných sexuálně motivovaných trestných činů (Diamond et al. in press, dostupné on line first). Stigmatizace však realizaci tohoto chování se souhlasící osobou ztěžuje.

Stigmatizace souvisí s omezováním toku informací a studem či obavami tyto informace hledat. Tak je možné, že se osoby včas nedostanou k významným informacím, například o tom, jak své chování realizovat, aniž by někomu ublížily.

Mnozí uvádějí, že si uvědomili své zaměření poté, co se s takto zaměřeným sexuálně explicitním materiálem (povídkami nebo pornografií) setkali, či po té, co se setkali s osobami praktikujícími takový sex. Pokud je určité sexuální chování stigmatizováno, osoby se s menší pravděpodobností setkají s konkrétními podněty a nemohou definovat své preference (Jozifkova 2011).

Při tomto typu sexuálních preferencí se jedinci učí definovat své potřeby, komunikovat o svých potřebách a provozovat sexuální praktiky bezpečným způsobem. Tento proces učení tvoří nesmírně křehké přediivo a je závislý na kvalitě informací. Naprostá většina osob získává informace od jiných takto zaměřených osob, ať již v reálném prostoru či ve virtuálním prostředí internetu, a nikoliv od lékařů. Stigmatizování osob, které takové informace ostatním poskytují, přímo ztěžuje možnost realizovat tyto sexuální preference společensky přijatelným způsobem. Komunity osob s minoritními preferencemi mají vzdělávací a informační funkci. Mají i socializační funkci, kdy se jedinci mohou setkávat, a mají možnost najít si partnera (Jozifkova 2011). To, co poškozují komunity, rovněž omezuje možnost realizovat toto chování společensky přijatelným způsobem.

Stigmatizace vede k vylučování z většinové společnosti. Čím více jsou odlišně sexuálně zaměřeni jedinci z většinové společnosti vyloučeni, tím více se stávají závislí na komunitách. Osoba, která se cítí vyloučena z většinové společnosti, se může s vyšší pravděpodobností účastnit aktivit, kterým by se za jiných podmínek raději vyhnula (tedy způsobit násilí). (Jozifkova 2011)

Nejde jen o omezení počtu možných pachatelů trestných činů, ale rovněž o možnost účinně se bránit.

Stigmatizace znemožňuje obětem účinně se bránit, a tím podporuje rozvoj negativních jevů uvnitř komunit. Zejména šíření mylných informací, šikanu, manipulaci, vydírání a zneužívání nezkušenosti nově příchozích. Některé osoby pak mohou zneužívat strachu ostatních z odhalení a jejich neznalosti. Tím jsou ohroženy zejména mladé osoby, a osoby bez zkušeností. Například 21,6 % jedinců s preferencemi pro sadomasochistický sex si své zaměření uvědomilo už do 13 roku života a 19,1 % mezi 14-17 rokem života (Sandnabba a spol., 1999). Tedy v období, kdy jsou mimořádně zranitelní (Jozifkova 2011).

Řazení preference pro sadomasochistický sex mezi sexuální poruchy nezvyšuje pravděpodobnost, že takto zaměřená osoba vyhledá pomoc lékaře nebo psychologa. Strach z toho být deviant a pocit hanby naopak může vést k tomu, že osoba nevyhledá pomoc ani v případě, kdy by tak většinově zaměřený jedinec bez váhání učinil. Navíc tito „devianti“ mohou váhat s žádostí o pomoc policie, pokud se sami stanou obětí trestného činu (Jozifkova 2011).

Na druhé straně, i většinově zaměřené možné oběti trestných činů nemají bez informací možnost rozeznat situaci, ve které se ocitly, a včas se bránit. Pokud nevědí, že takové sexuální chování existuje, a že je lze provádět konsensuálně, mohou váhat s řešením situace či mohou tolerovat násilí.

Dopad řazení sadomasochismu mezi deviace na HIV prevenci byl dostatečně rozveden. Je zřejmé, že pokud stigmatizace, diskriminace a pocit hanby zvyšuje pravděpodobnost nechráněného styku, ohrožení nejsou jenom jedinci s preferencí pro sadomasochistický sex, ale rovněž většinově zaměřená populace. Například partnerky nebo partneři osob, které se jim o svém sexuálním chování stydí říct (Padilla et al. 2008).

Jen minimum osob s preferencí pro sadomasochistický sex spáchá kvůli této své preferenci trestný čin⁵. Negativní následky řazení sadomasochismu mezi sexuální deviace však dopadají na velkou část takto zaměřených osob. Jsou to zejména 1) diskriminace a stigmatizace, s tím spojený stres a poškození psychického zdraví a zhoršení kvality života 2) snížená možnost realizovat své chování společensky přijatelným způsobem 3) zvýšené riziko nákazy HIV a dalších sexuálně přenosných chorob 4) vyšší pravděpodobnost stát se obětí trestného činu 4). Řazení sadomasochismu mezi parafilie rovněž může ohrozit většinově orientované osoby, které mohou být vystaveny 1) nekonsenzuálnímu sexuálnímu chování nebo obtěžování na základě potlačeného sexuálního chování 2) zvýšenému riziku HIV a dalších sexuálně přenosných chorob.

ABSTRAKT

Sadomasochismus byl ze seznamu deviací ICD 10 vyňat v Dánsku (1995), Švédsku (2009) a Norsku (2010). Důvodem vynětí v Norsku byla 1) zastaralost diagnózy 2) nedostatek odborných důvodů, proč toto chování jako deviaci klasifikovat 3) omezení diskriminace a 4) omezení stigmatizace. Řazení sadomasochismu mezi deviace je příčinou pocitů hanby a vyloučení, stresu a omezení toku informací. Následky toho však postihují celou populaci, a nikoliv jen osoby s touto sexuální preferencí, neboť 1) ztěžují realizaci tohoto chování společensky přijatelným způsobem 2) snižují účinnost prevence nákazy HIV a jiných sexuálně přenosných nemocí. Řešením je respektování sadomasochismu jako alternativního sexuálního chování.

POZNÁMKY

1. I v odborné literatuře se stále častěji používá pojem BDSM. Tento pojem sestává ze tří zkratk: D/s (dominance a submisivita v sexu – například hra na otroka a pána), SM (sadismus a masochismus, aktivity se silnými fyzickými vjemy), B&D (bondage – svazování a discipline – výcvik). Jedinci s D/s zaměřením pociťují silné sexuální vzrušení, když prožívají pocit, že jsou vůči svému sexuálnímu protějšku velmi nadřazení nebo velmi podřízeni (dominance a submisivita v sexu). Osoby SM zaměřené vnímají při sexuální aktivitě jako vzrušující podněty, které u ostatních osob většinou vyvolávají dojem či pocit bolesti nebo nepříjemného tlaku (Jozifkova 2007). Pojem B&D znamená užití fyzicky omezujících pomůcek nebo prostředků, nebo užití příkazů (tedy omezení po psychické stránce) v sexuálním chování (Ernulf & Innala 1995).

2. Pro srovnání definice užívaná u nás: „Za normální lze považovat takové konsensuální (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“ (Weiss 2002).
3. Pro přehled v českém jazyce viz. Jozífková 2007 nebo www.en-k.net.
4. Výzkumu se bohužel zúčastnilo jen malé množství (17) specialistů. Před dvěma nebo třemi lety jsem ověřovala tento údaj u našich dvou předních sexuologů s dlouhou praxí působících na pracovištích, které se na problémy s parafilii soustředí. Toto číslo odpovídalo jejich zkušenostem.
5. Respondenti byli kontaktováni v prostředí internetu pomocí inzerátu na stránkách skupin osob s BDSM zaměřením.
6. Gay leathermen – homosexuálové v koženém oblečení, skupiny preferující mužný zjev (Weinberg 1994) a/nebo sexuální vzrušení koženým oblečením (fetiš) a/nebo BDSM. Weinberg et al. (2006) uvádí, že určité sexuální chování obvykle spojované se sadomasochismem leathermani za „SM“ neoznačovali, přestože při tomto chování užívali kožené oblečení, řetězy, praktiky obsahující silné podněty a praktiky s močí a výkaly (Weinberg 2006).

V současné době pojem leather subkultura označuje praktiky a styly oblečení dávané do souvislosti se sexuálními aktivitami. Nejvíce viditelná bývá na homosexuálních mužích, nicméně existuje i u homosexuálních žen, bisexuálů a většinou zaměřených osob. Mnoho lidí ji spojuje s BDSM, pro ostatní nošení koženého oblečení představuje erotickou módu, která zdůrazňuje maskulinitu a sexuální sílu, lásku k motocyklům a nezávislost, a/nebo zapojení netradičních sexuálních aktivit a fetišismus na kůži. (Wikipedia 2010)

7. Podle Weisse (2002) se ve skupinách návštěvníků sadomasochistických klubů prakticky nevyskytují delikventi.

CITACE

Cross,P.A. & Matheson,K. 2006. Understanding sadomasochism: An empirical examination of four perspectives. *Journal of Homosexuality*, 50, 133-166.

Dancer,P.L., Kleinplatz,P.J. & Moser,C. 2006. 24/7 SM slavery. *Journal of Homosexuality*, 50, 81-101.

Diamond,M. 2010. Pornography, public acceptance and sex related crime: A review (vol 32, pg 304, 2009). *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, 197-199.

Diamond,M., Jozifkova,E. & Weiss,P. Pornography and Sex Crimes in the Czech Republic. *Archieves of Sexual Behavior*. In press. DOI: 10.1007/s10508-010-9696-y On line first: <http://www.springerlink.com/content/v046j3g178147772/> Získáno 4.4.2011

Ernulf,K.E. & Innala,S.M. 1995. Sexual Bondage - A Review and Unobtrusive Investigation. *Archives of Sexual Behavior*, 24, 631-654.

Janus,S.S. & Janus,C.L. 1993. *The Janus Report on Sexual Behavior*. New York: John Wiley & Sons.

Jozifkova,E. 2007. Sadomasochistický sex: jak pracovat s BDSM pacienty. *Sexuologia*, 7, 23-27.

Jozifkova,E. 2011 Revize F65.5: Sadomasochistický sex jako alternativa a nikoliv jako porucha. *Sexuologia*. In press.

Jozifkova,E. & Flegr,J. 2006. Dominance, submissivity (and homosexuality) in general population. Testing of evolutionary hypothesis of sadomasochism by internet-trap-method. *Neuroendocrinology Letters*, 27, 711-718.

Jozifkova,E. & Konvicka,M. 2009. Sexual Arousal by Higher- and Lower-Ranking Partner: Manifestation of a Mating Strategy? *Journal of Sexual Medicine*, 6, 3327-3334.

Kolmes,K., Stock,W. & Moser,C. 2006. Investigating bias in psychotherapy with BDSM clients. *Journal of Homosexuality*, 50, 301-324.

Leitenberg,H. & Henning,K. 1995. Sexual Fantasy. *Psychological Bulletin*, 117, 469-496.

Meyer,I.H. 2003. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697.

Moser,C. 2003. DSM-IV-TR and the Paraphilias: An argument for removal. *Sexuality and Disability*, 21, 211.

Nordling,N., Sandnabba,N.K. & Santilla P,V. 2000. The Prevalence and Effects on Self-Reported Childhood Sexual Abuse Among Sadomasochistically Oriented Males and Females. *Journal of Child Sexual Abuse*, 9.

Ortiz-Hernandez,L. 2005. Influence of internalized oppression on the mental health of homosexuals, lesbians and bisexuals in Mexico City. *Salud Mental*, 28, 49-65.

Padilla,M., Castellanos,D., Guilamo-Ramos,V., Reyes,A.M., Marte,L.E.S. & Soriano,M.A. 2008. Stigma, social inequality, and HIV risk disclosure among Dominican male sex workers. *Social Science & Medicine*, 67, 380-388.

Ploderl,M., Faistauer,G. & Fartacek,R. 2010. The Contribution of School to the Feeling of Acceptance and the Risk of Suicide Attempts among Austrian Gay and Bisexual Males. *Journal of Homosexuality*, 57, 819-841.

Ploderl,M. & Fartacek,R. 2009. Childhood Gender Nonconformity and Harassment as Predictors of Suicidality among Gay, Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Austrians. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 400-410.

Reiersol,O. & Skeid,S. 2006. The ICD diagnoses of fetishism and sadomasochism. *Journal of Homosexuality*, 50, 243-262.

Revise F65 . The Norwegian Directorate of Health takes sexual minorities off the sick list. http://www.revisef65.org/friskmelding_eng.html 2010 . Získáno 12.8.2010.

Revise F65 . More SM people than homosexuals? http://www.revisef65.org/antall_eng.html . Získáno 12.8.2010.

Revise F65 . ICD Revision White Paper. http://www.revisef65.org/icd_whitepaper.html. 2009. Získáno 12.8.2010

Richters,J., Visser,R., Rissel,C.E., Grulich,A.E. & Smith,A.M.A. 2008. Demographic and Psychosocial Features of Participants in Bondage and Discipline, "Sadomasochism" or Dominance and Submission (BDSM): Data from a National Survey. *Journal of Sexual Medicine*.

Rosario,M., Hunter,J., Maguen,S., Gwadz,M. & Smith,R. 2001. The coming-out process and its adaptational and health-related associations among gay, lesbian, and bisexual youths: Stipulation and exploration of a model. *American Journal of Community Psychology*, 29, 133-160.

Rosario,M., Schrimshaw,E.W. & Hunter,J. 2006. A model of sexual risk behaviors among young gay and bisexual men: Longitudinal associations of mental health, substance abuse, sexual abuse, and the coming-out process. *Aids Education and Prevention*, 18, 444-460.

Sandnabba,N.K., Santtila,P. & Nordling,N. 1999. Sexual Behavior and Social Adaptation Among Sadomasochistically-Oriented Males. *Journal of Sex Research*, 36, 273-282.

Skeid,S. Fetishism and Sadomasochism no longer diseases in Sweden. <http://www.revise65.org/Sweden.html>. 2010. Získáno 12.8.2010

Wang,J., Hausermann,M., Ajdacic-Gross,V., Aggleton,P. & Weiss,M.G. 2007. High prevalence of mental disorders and comorbidity in the Geneva Gay Men's Health Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 414-420.

Weinberg,T.S. 1994. Research in Sadomasochism: A Review of Sociological and Social Psychological Literature. *Annular Review of Sex Research*, V, 257-279.

Weinberg,T.S. 2006. Sadomasochism and the social sciences: A review of the sociological and social psychological literature. *Journal of Homosexuality*, 50, 17-40.

Weiss,P. 2002. *Sexuální deviace*. Praha: Portal.

Wikipedia . Leather subculture. http://en.wikipedia.org/wiki/Leather_subculture . Získáno 12.8.2010.

World Health Organization . Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html> . Získáno 12.8.2010.