

ADOLESCENTNÍ ZDRAVÍ

Online sexualita dětí a dospívajících: praktický postup pediatra při kontaktu dětí s pornografií, sextingem a kybergroomingem

Online sexuality in children and adolescents: a practical pediatric approach to children encountering pornography, sexting, and cybergrooming

Marek Broul^{1,2,3}, Adam Cipra⁴, Aneta Hujová³, Michal Vostrý³, Otakar Fleischmann³

¹Sexuologické oddělení, Krajská zdravotní, a. s., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.

²Urologické oddělení, Krajská zdravotní, a. s., Nemocnice Litoměřice, o. z.

³Fakulta zdravotnických studií, Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem

⁴Dětská klinika, Fakulta zdravotnických studií, Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem a Krajská zdravotní, a. s., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.

SOUHRN

Broul M, Cipra A, Hujová A, Vostrý M, Fleischmann O. Online sexualita dětí a dospívajících: praktický postup pediatra při kontaktu dětí s pornografií, sextingem a kybergroomingem

Digitální prostředí je běžnou součástí života dětí a dospívajících a pediatr či pediatrička se stále častěji setkávají se situacemi, v nichž online sexualita tvoří skrytý kontext úzkosti, poruch spánku, školního selhávání, konfliktů v rodině nebo akutní krize po sdílení intimního obsahu. Pro klinickou praxi je zásadní nepatologizovat konsenzuální adolescentní intimitu, ale zároveň včas odlišit náhodnou expozici sexuálnímu obsahu a vývojově obvyklé experimentování od nátlaku, nekonsenzuálního šíření intimních materiálů, sexuálního vydírání a kybergroomingu. Tento přehledový článek shrnuje základní terminologii, psychické dopady, signály k aktivnímu dotazování, právní a dokumentační minimum a zásady triáže v ordinaci. Zvláštní pozornost je věnována situacím s rizikem sexuálního zneužívání a potřebou ochranného postupu včetně podezření na syndrom CAN. Cílem článku je nabídnout klinicky použitelný rámec pro rozhodování v českém prostředí.

Klíčová slova: dítě, dospívající, pediatrie, pornografie, sexting, sexuální vydírání, kybergrooming, online sexuální zneužívání a vykořisťování dětí, syndrom CAN

SUMMARY

Broul M, Cipra A, Hujová A, Vostrý M, Fleischmann O. Online sexuality in children and adolescents: a practical pediatric approach to children encountering pornography, sexting, and cybergrooming

Digital environments are an integral part of everyday life in children and adolescents, and pediatricians increasingly encounter situations in which online sexuality forms the background of anxiety, sleep problems, school difficulties, family conflict, or acute distress after the sharing of intimate material. In clinical practice, it is important not to pathologize consensual adolescent intimacy, while also distinguishing accidental exposure and developmentally expected experimentation from coercion, non-consensual dissemination of intimate content, sextortion, and cybergrooming. This review summarizes terminology, psychological consequences, indicators for active enquiry, a concise Czech legal and documentation framework, and practical triage in pediatric care. Particular attention is paid to situations involving child protection concerns and possible child abuse and neglect. The aim is to provide a clinically applicable decision framework for everyday practice.

Key words: child, adolescent, pediatrics, pornography, sexting, sextortion, cybergrooming, online child sexual exploitation and abuse, child abuse and neglect

Korespondující autor:

MUDr. Marek Broul, Ph.D.
Sexuologické oddělení, Krajská zdravotní, a. s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.
Sociální péče 3316/12A
401 13 Ústí nad Labem
marek.broul@ujep.cz

ÚVOD

Digitální prostředí je dnes jedním z hlavních kontextů dětství a dospívání. Pro řadu dětí je internet, včetně sociálních sítí, chatovacích aplikací a sdílených multimediálních platforem, místem socializace, sebe prezentace i experimentování, včetně sexuality. Pediatr proto stále častěji řeší obtíže, které mohou mít online spouštěč nebo zesilující faktor: úzkost, poruchy spánku, somatizaci, školní selhávání, konflikty v rodině, emoční dysregulaci, sebepoškozování i akutní krizi po nekonsenzuálním sdílení intimního materiálu.^(1–5)

Tento článek se zaměřuje primárně na klinicky rizikové a ochranně relevantní formy online sexuality, nikoli na kriminalizaci či moralizaci adolescentní intimity jako takové. Praktický význam má schopnost rozlišit náhodnou expozici sexuálnímu obsahu, konsenzuální intimní komunikaci mezi vývojově srovnatelnými adolescenty, nekonsenzuální nebo nátlakové online sexuální chování a situace suspektu z manipulace, vykořisťování nebo sexuálního zneužívání.^(1,2,6,9)

V tomto přehledu používáme dva komplementární rámce. Pojem digitální nebo online sexualita označuje široké spektrum vývojově běžných i rizikových zkušeností dítěte a dospívajícího v online prostředí. Pro situace se zneužitím, manipulací nebo nátlakem používáme zastřešující pojem online sexuální zneužívání a vykořisťování dětí – online child sexual exploitation and abuse (OCSEA). V současné literatuře do něj patří zejména online sexuální oslovování dětí, kybergrooming, nátlakové či nekonsenzuální formy sextingu, nekonsenzuální obrazové sexuální násilí (IBSA – image-based sexual abuse) a další technologicky zprostředkované formy sexuálního násilí.^(9,10)

Termín sexting v tomto textu používáme jako deskriptivní označení chování – vytváření, posílání, přijímání nebo přeposílání sexuálně laděných zpráv či obrazových materiálů –, nikoli automaticky jako synonymum zneužívání. Je-li však přítomen nátlak, věková či mocenská asymetrie, další distribuce bez souhlasu nebo hrozba zveřejněním, je přesnější pracovat s pojmem nekonsenzuální obrazové sexuální násilí. Ten zahrnuje nekonsenzuální vytvoření, pořízení, úpravu, sdílení

nebo hrozbu sdílením intimního materiálu, včetně digitálně upravených či AI-generovaných sexualizovaných obrazů; sexuální vydírání pak představuje podtyp situací, v nichž je intimní materiál využit jako nástroj nátlaku.^(11–13)

Tento článek má charakter klinicky orientovaného narativního přehledu. Pro jeho přípravu byly průběžně vyhledávány české i zahraniční zdroje v databázích PubMed/MEDLINE, Scopus a Google Scholar se zaměřením na recentní přehledy, doporučení, metodické dokumenty a aktuální český právní rámec. Cílem není systematická syntéza celé problematiky, ale prakticky použitelný rámec pro orientaci v online sexualitě dětí a dospívajících v českém prostředí.

Poznámka k jazyku: výraz pediatr je v textu používán jako zkrácené profesní označení; zahrnuje lékařky i lékaře pečující o děti a dospívající. Tam, kde je to pro klinický kontext vhodné, používáme explicitně formulaci pediatr či pediatrička.

KDY SE V AMBULANCI AKTIVNĚ PTÁT

V preventivní péči lze od časně adolescence zařadit jednu až dvě věkově přiměřené otázky na bezpečí online: zda dítě někdy narazilo na sexuální obsah, který je vyděsil nebo zneklidnil, zda po něm někdo žádal intimní fotografii nebo tajnou komunikaci a zda ví, za kým by v takové situaci mohlo bezpečně přijít. Smyslem není plošné vyšetřování sexuality, ale otevření tématu a snížení bariéry pro pozdější sdělení.

Cíleně se pediatr či pediatrička ptá při úzkosti, nespavosti, somatizaci, náhlém školním zhoršení, vyhýbání se škole, konfliktech v rodině, výrazné změně používání telefonu, sociálním stažení, panice po oznámení vrstevníků, sebepoškozování, suicidálních výrocích, náhlé sexualizaci jazyka či chování, podezření na zneužívání, nejasných genitálních obtížích nebo při informaci od rodiče, školy či orgánu sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD). Přehled signálů a prvních kroků shrnuje tabulka 1.

Tab. 1: Signály k aktivnímu dotazování a první postup v pediatrické ambulanci

Situace	Kdy se ptát	První otázky	První postup
Prevence od časně adolescence	Preventivní prohlídka, edukace o bezpečí online, rodičovský dotaz na digitální prostředí	Narazil/a jsi online na něco sexuálního, co tě vyděsilo? Chtěl po tobě někdo intimní fotku nebo tajnou komunikaci? Víš, za kým můžeš přijít?	Normalizovat možnost mluvit o tématu; krátká edukace dítěte a rodiče; domluvit bezpečného dospělého
Střední riziko	Úzkost, nespavost, somatizace, školní zhoršení, vyhýbání se škole, panika po incidentu, podezření na šíření materiálu	Kdo komunikaci inicioval? Byl přítomen souhlas nebo tlak? Kdo má materiál? Šíří se dál? Objevilo se sebepoškozování nebo suicidální myšlenky?	Rozšířený rozhovor; zhodnocení psychického stavu; bezpečnostní plán; krizová nebo psychologická návaznost; dle kontextu škola či OSPOD
Vysoké/urgentní riziko	Dospělý nebo výrazně starší kontakt, kybergrooming, vydírání, sdílení adresy či polohy, offline setkání, akutní panika, sebepoškozování, suicidální riziko	Je dítě nyní v bezpečí? Padly výhrůžky? Proběhlo nebo je plánováno setkání? Kdo byl informován? Je přítomno akutní riziko pro život?	Nenechávat dítě v akutním riziku samotné; aktivovat ochranný postup CAN; OSPOD/PČR dle závažnosti; urgentní psychiatrická či krizová péče

CAN – child abuse and neglect (syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte), OSPOD – orgán sociálně-právní ochrany dětí, PČR – Policie České republiky

PORNOGRAFIE A SEXUÁLNÍ OBSAH ONLINE

V pediatrické ordinaci je užitečné rozlišovat náhodnou expozici sexuálnímu obsahu, záměrné vyhledávání ze zvědavosti, opakovanou expozici s dopadem na fungování a expozici spojenou s nátlakem nebo vykořisťováním. Jednorázové náhodné zobrazení explicitního obsahu u jinak stabilního adolescenta má jiný klinický význam než opakované noční sledování pornografie spojené s insomnií, sociálním stažením a tlakem neznámé osoby na další interakci.^(14,15)

Klinicky nejdůležitější nejsou samotné morální postoje k pornografii, ale funkční dopad a kontext. Varovná jsou opakovaná nechťená vystavení bez podpory dospělého, vyhledávání spojené se ztrátou kontroly, kontakt s násilným nebo ponižujícím obsahem, náhlá vývojově nepřiměřená sexualizace jazyka či chování a situace, kdy sexuální obsah slouží jako vstupní brána k manipulaci druhou osobou. Zvýšenou pozornost vyžadují i digitálně upravené nebo uměle vytvořené sexualizované obrazy. Pro dítě může mít obdobný psychický dopad skutečná fotografie i její AI-generovaná sexualizovaná podoba, pokud je použita k vydírání, zahanbení nebo sociálnímu vyloučení.^(11,13,16)

Praktická otázka nezní, zda dítě pornografii někdy vidělo, ale jak se k ní dostalo, co u něj vyvolala, zda se situace opakuje a zda je přítomna další osoba, která situaci ovlivňuje. Důležité je ptát se na spánek, soustředění, školu, izolaci, pocity studu nebo strachu a na to, zda někdo dítě vybízí k tajnůstkářství nebo k posílání vlastních materiálů.^(14,15)

SEXTING: NORMALITA, RIZIKO A HRANICE BEZPEČÍ

Sexting zahrnuje vytváření, posílání, přijímání a přeposílání sexuálně laděných zpráv, fotografií nebo videí. U adolescentů může být za určitých okolností součástí konsenzuální intimní komunikace a vztahové exploração, zvláště pokud jde o osoby vývojově a věkově blízké, komunikace je dobrovolná, bez tlaku, bez další distribuce a bez významného psychického dopadu. Tento aspekt je důležité pojmenovat, protože příliš sankční nebo moralizující reakce může zvýšit stud a snížit ochotu vyhledat pomoc.^(17,18)

Klinický význam sextingu nespočívá pouze v sexuálním obsahu samotném, ale v mocenské dynamice. U části adolescentů jde o dobrovolnou intimitu; u jiných však sexting funguje jako měna ve vztahu, prostředek tlaku, nástroj manipulace nebo forma sociálního přežití při nízkém sebevědomí a vysoké potřebě přijetí. Přehledové práce ukazují souvislost sextingu s rizikovým sexuálním chováním a s psychickými obtížemi zejména tehdy, pokud je přítomen nátlak, stud, zneužití důvěry nebo nekonsenzuální další distribuce.⁽¹⁸⁾

Klinicky relevantní poškození vzniká zejména při nátlaku, věkové nebo mocenské asymetrii, nekonsenzuální další distribuci, hrozbě zveřejněním nebo zapojení anonymní či dospělé osoby. Pro tyto situace je přesnější používat pojem nekonsenzuální obrazové sexuální násilí, který zahrnuje i vyhrožování zveřejněním, nucení k tvorbě materiálů a digitálně upravené sexualizované obrazy.^(11,19,20)

Zvláštní pozornost zasluhuje sexuální vydírání, tedy situace, kdy je sexuální materiál nebo hrozba jeho zveřejněním využita k vynucení dalších fotografií, sexuálních aktů, peněz nebo jiné poslušnosti. Pro pediatra je to červená vlajka bez ohledu na to, zda druhou stranou byl dospělý pachatel, vrstevník nebo anonymní online kontakt.⁽¹²⁾

KYBERGROOMING

Kybergrooming představuje cílený proces navazování vztahu s dítětem v online prostředí za účelem sexuálního zneužití nebo vykořisťování. Typicky zahrnuje postupné získávání důvěry, izolaci dítěte od podpůrných dospělých, přesun komunikace na soukromější kanály, sexualizaci interakce, žádosti o intimní materiál a v části případů i tlak na osobní setkání. Recentní systematický přehled ukazuje, že prevalenční odhady jsou metodicky heterogenní, ale rizikové faktory a klinické následky se mezi studiemi opakují konzistentně.⁽²¹⁾

Z hlediska ambulantní pediatrie jsou klíčové signály: tajný vztah s osobou, kterou rodiče neznají, rychlá eskalace intimity, žádosti o utajení, posílání dárků, peněz nebo pozornosti, tlak na fotografie, videohovory, sdílení polohy či adresy a plánované nebo proběhlé offline setkání. Tyto skutečnosti jsou významné i tehdy, když dítě nemá somatické známky traumatu.^(6,10,21–23)

Rozhovor má zjišťovat identitu a charakter kontaktu, dobu trvání vztahu, fázi procesu, bezpečnostní prvky a aktuální míru ohrožení. Pediatr se má ptát konkrétně, ale nesugestivně: zda šlo o známého vrstevníka, nebo cizí osobu, zda dítě někdo žádal o tajemství, zda dostávalo požadavky na fotografie, zda padly výhrůžky a zda existuje obava z osobního setkání nebo z dalšího šíření materiálu.^(2,3,21,23)

PSYCHICKÉ DOPADY A ŠIRŠÍ PSYCHOSOCIÁLNÍ KONTEXT

Digitální sexualita málokdy stojí izolovaně. Častěji vstupuje do existujícího psychosociálního terénu, který zahrnuje rodinné napětí, nízkou sebeúctu, citovou deprivaci, osamělost, vrstevnický tlak nebo probíhající psychiatrickou symptomatologii. Česká literatura popisuje adolescenci jako období zvýšené psychosociální zranitelnosti, v němž se propojují vývojové úkoly, identitní nejistota a zvýšená senzitivita na sociální odmítnutí.^(1–3)

Zvlášť závažný je vztah k sebepoškození a suicidálnímu riziku. Pokud online incident předchází panice, intenzivnímu studu, vyhýbání se škole, nespavosti, sebepoškození nebo formulovaným suicidálním myšlenkám, nejde už o běžné preventivní téma, ale o psychiatricky významnou situaci.^(4,7)

Psychické následky mohou mít podobu akutní stresové reakce, poruchy přízpůsobení (F43.2), posttraumatické stresové poruchy (F43.1), depresivní či úzkostné symptomatiky, poruch spánku, školního vyhýbání, sebepoškození a suicidální ideace. Diagnóza však nesmí zastínit kontext: stejný

symptom může být reakcí na jednorázové zahanbení, dlouhodobý nátlak, vydírání, kybergrooming nebo předchozí trauma.^(4,7,19,20,25)

Novější literatura naznačuje, že právě nekonsenzuální obrazové sexuální násilí může mít mimořádně vysoký psychický dopad: systematické přehledy u mladých lidí popisují strach, úzkost, depresi, suicidální ideaci, viktimizaci vrstevníky a narušení školní dráhy.^(19,20)

PRAKTICKÝ AMBULANTNÍ POSTUP

Základní komunikační rámec v ordinaci lze shrnout do tří kroků: normalizace, bezpečí a konkretizace. Normalizace znamená sdělit, že podobné situace nejsou v digitálním světě vzácné a že o nich lze mluvit bez odsouzení. Bezpečí znamená transparentně vymezení, že v případech ohrožení, nátlaku nebo podezření na zneužívání musí lékař jednat tak, aby bylo dítě chráněno. Konkretizace znamená používat krátké, věku přiměřené otázky zaměřené na fakta a dopad, nikoli na moralizující interpretace. Pokud to věk a situace umožňují, je vhodné krátce hovořit s adolescentem o samotě a srozumitelně vysvětlit hranice důvěrnosti.^(8,24)

Pediatr či pediatrička mohou přímo v ambulanci poskytnout krizovou stabilizaci, snížit stud a sebeobviňování, zhodnotit aktuální bezpečí a suicidální riziko, domluvit jednoduchý bezpečnostní plán, zapojit podpůrného dospělého a pomoci rodině zorientovat se v návazné péči. Součástí první intervence je i doporučení nešířit a nekomentovat materiál v kolektivu; dítě nemá být nuceno znovu procházet sexuálními materiály ani samo zajišťovat důkazy.

Farmakoterapie není primárním řešením online incidentu. Podle klinického stavu a vlastní kompetence lze řešit somatické obtíže, akutní nespavost nebo úzkost, zatímco těžká deprese, posttraumatická symptomatika, psychotické příznaky, sebepoškozování, suicidální riziko a opakovaná krizová dekompenzace vyžadují specializovanou péči. Omezená dostupnost dětské psychologie a pedopsychiatrie v ČR nesmí vést k pasivitě: u středního rizika má smysl

nízkoprahová krizová pomoc, školní poradenské pracoviště, dětská krizová centra a linky důvěry; u vysokého rizika urgentní postup bez čekání na běžný termín.^(2,4,7)

Online psychoterapie může být pro některé adolescenty dostupnější než prezenční péče, ale je vhodné ověřit identitu, kvalifikaci, bezpečnost komunikace a hranice důvěrnosti. I v online pomoci existuje riziko překročení hranic či zneužití důvěry, proto mají být dítě i rodič poučeni, aby využívali ověřené služby a aby jakékoli sexualizované, manipulační nebo nátlakové chování odborníka okamžitě řešili.

PRÁVNÍ A DOKUMENTAČNÍ RÁMEC V ČR

Právní kvalifikace konkrétního skutku není úkolem pediatra; pro klinické rozhodování je však nutné znát orientační hranice. Trestní zákoník pracuje s dítětem zpravidla jako s osobou mladší 18 let, zatímco hranice 15 let je klíčová pro pohlavní zneužití. U dítěte mladšího 15 let proto nelze situaci posuzovat stejným způsobem jako u staršího adolescenta. Současně platí, že pornografické dílo zobrazující nebo jinak využívající dítě nebo osobu, jež se jeví být dítětem, spadá do rámce dětské pornografie; riziko tedy nelze odvozovat jen z dosažení 15 let.⁽²⁶⁾

U osob starších 15 let může být sexuální komunikace či vztah konsenzuální a nemusí být samy o sobě patologické. To však neplatí při nátlaku, bezbrannosti, manipulaci, významné věkové nebo mocenské asymetrii, vydírání, nekonsenzuálním šíření materiálu, zapojení dospělé či anonymní osoby nebo při výrobě a distribuci sexualizovaných obrazových materiálů dítěte. Dítě či dospívající mohou být obětí, ale v některých situacích i původcem dalšího šíření intimního materiálu; typicky přeposlání nahé fotografie bez souhlasu může být právně relevantní. U dítěte mladšího 15 let může jít o čin jinak trestný, u mladistvého o trestněprávně relevantní jednání podle zvláštních pravidel pro mládež. Tuto možnost je vhodné edukativně zmínit bez stigmatizace a bez nahrazování právního posouzení.

Tab. 2: Co dokumentovat a kam směřovat návaznou pomoc

Oblast	Minimum v záznamu	Praktická návaznost
Fakta a zdroj informace	Kdo informaci sdělil, kdo byl přítomen, stručný časový průběh, klíčové výroky dítěte pokud možno doslovně	Vysvětlit hranice důvěrnosti; záznam vést věcně bez spekulativního určování viny
Digitální kontext	Platforma nebo účet, známá identita či věk druhé osoby, nátlak, výhrůžky, další šíření, sdílení polohy/adresy, offline kontakt	Dítě nenutit materiály znovu prohlížet ani samo zajišťovat důkazy; podle závažnosti OSPOD/PČR
Zdravotní a psychický dopad	Spánek, úzkost, panika, stud, školní absence, somatické obtíže, sebepoškozování, suicidální ideace, objektivní nález	Krizová stabilizace v ambulanci; u suicidality či těžké dekompenzace urgentní psychiatrická/krizová péče
Nízkoprahové kontakty ^(30–33)	Zaznamenat předané kontakty a domluvený plán kontroly	Linka bezpečí 116 111 Dětské krizové centrum +420 241 484 149 Kyberlinka +420 778 510 510 Linka pomoci obětem 116 006 Centrum LOCIKA / Dětství bez násilí

OSPOD – orgán sociálně-právní ochrany dětí, PČR – Policie České republiky

Zákon o sociálně-právní ochraně dětí ukládá poskytovatelům zdravotních služeb bez zbytečného odkladu oznámit OSPOD skutečnosti nasvědčující tomu, že jde o dítě, na které se sociálně-právní ochrana zaměřuje; při splnění této povinnosti se nelze dovolávat mlčenlivosti. Zákon o zdravotních službách ve znění zákona č. 290/2025 Sb. výslovně posiluje práva pacientů vykazujících znaky domácího nebo sexuálního násilí, včetně práva žádat změnu ošetřujícího zdravotnického pracovníka, je-li to personálně a bezpečnostně možné, a práva na informace o dostupné sociální, psychologické a právní pomoci. U nezletilého pacienta lze v indikovaných situacích vyloučit přítomnost osoby, která je uváděna jako zdroj násilí, týrání, zneužívání či zanedbávání, a v nezbytném rozsahu zadržet informaci zákonnému zástupci, pokud by její poskytnutí mohlo dítě ohrozit.^(27,28)

Vyhláška o zdravotnické dokumentaci požaduje u podezření na syndrom CAN (child abuse and neglect – syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte) záznam o podezření, přijatých opatřeních a splnění oznamovací povinnosti. U podezření na oběť násilí má dokumentace obsahovat popis události a následných fyzických i psychických projevů tak, jak je uvádí pacient, objektivní nález včetně podrobného popisu zranění či jiných známek násilí a záznam o přijatých opatřeních. V online situacích je vhodné stejný princip uplatnit věcně: kdo informaci sdělil, kdo byl přítomen, co dítě řeklo vlastními slovy, jaká platforma nebo účet byly zmíněny, zda byl přítomen nátlak, vyhrožování, další šíření, sdílení polohy či offline kontakt, jaký je psychický dopad a komu byla věc předána.^(8,29) Přehled dokumentace a návazné pomoci je uveden v tabulce 2.

PODEZŘENÍ NA SYNDROM CAN

Technologicky zprostředkované sexuální násilí může naplňovat rámec CAN i bez fyzického kontaktu s pachatelem. Klinicky rozhodující není forma média, ale přítomnost nátlaku, zneužití moci, sexualizovaného tajemství, vyhrožování, opakované distribuce materiálu, komerční motivace nebo dopad na bezpečí a duševní stav dítěte. Do vysokého rizika proto patří dospělý či zjevně věkově asymetrický pachatel, kybergrooming, sexuální vydírání, tlak na další materiály, sdílení polohy nebo adresy, plánované či proběhlé osobní setkání a výrazná psychická dekompenzace včetně sebepoškozování a suicidální ideace.^(10,24,27)

Úkolem pediatra není vést forenzní vyšetřování ani ověřovat všechny detaily skutkového děje. Má rozpoznat podezření, zhodnotit bezprostřední bezpečí, tělesný a psychický stav dítěte, položit krátké věku přiměřené a nesugestivní otázky, zaznamenat relevantní fakta pokud možno slovy dítěte a podle závažnosti zapojit další ochranné a léčebné složky. Vhodné je oddělit tři kroky: stabilizace a bezpečí, faktická dokumentace a koordinace návaznosti.^(8,10,24,29)

Je vhodné vyvarovat se opakovaného detailního vypořádání, sugestivních otázek a požadavku, aby dítě samo zajišťovalo nebo znovu procházelo sexuální materiály. U technologicky zprostředkovaného sexuálního násilí bývá sdělení zkušenosti často odkládáno studem, sebeobviňováním a strachem, že se informace rozšíří nebo že dospělí zareagují trestajícím způsobem. Otevřená, nehodnotící a transparentní komunikace může významně usnadnit sdělení podstatných informací a navázání další péče.^(23,24)

VYVÁŽENÉ KLINICKÉ ZHODNOCENÍ

Klinicky správný přístup leží mezi bagatelizací a sankcionujícím moralizováním. O vývojově obvyklém experimentování lze uvažovat při věkové a vývojové symetrii, dobrovolnosti, absenci nátlaku, další distribuce, utajovaného vztahu s dospělým či anonymním kontaktem a bez významného dopadu na psychický stav nebo fungování. Sexting je proto popis chování, nikoli diagnóza ani automatické synonymum zneužívání.^(9,11,17,18)

Alarmující je tlak, manipulace, vyhrožování, věkově asymetrický nebo anonymní kontakt, nekonsenzuální přeposlání, komerční motivace, požadavek na tajemství, sdílení polohy či plánované offline setkání stejně jako výrazná úzkost, stud, školní absence, insomnie, sebepoškozování nebo suicidální ideace po incidentu. V takové chvíli nejde primárně o digitální experiment, ale o situaci blízkou nekonsenzuálnímu obrazovému sexuálnímu násilí nebo jiné formě online sexuálního zneužívání a vykořisťování dětí.^(12,19,20,24)

Rodičovská reakce může situaci zlepšit i zhoršit. Příliš represivní postup, například trestné odebrání telefonu bez další podpory, může zvýšit tajnostkářství, stud a izolaci. Naopak klidný, podpůrný a strukturovaný přístup s důrazem na bezpečí, ověření soukromí, uchování relevantních podkladů a emoční podporu bývá pro dítě stabilizující. Pediatr zde může sehrát důležitou roli jako moderátor prvního bezpečného rozhovoru.^(1,8,24)

ZÁVĚR

Online sexualita patří do současné pediatrické praxe jako možný kontext psychické tísně, školního selhávání, sebepoškozování i ochranného rizika. Pro pediatra či pediatričku je klíčové nerozhodovat podle samotné přítomnosti sexuálního obsahu online, ale podle dobrovolnosti, věkové a mocenské symetrie, právně relevantních hranic, psychického dopadu a aktuálního bezpečí dítěte. Prakticky nejdůležitější je včas zachytit varovné znaky, vést krátký nesugestivní rozhovor, věcně dokumentovat, poskytnout první stabilizaci a zajistit přiměřenou návaznost péče včetně OSPOD, krizové pomoci nebo urgentní psychiatrické péče, je-li indikována. Schopnost mluvit s dítětem a rodičem o online sexualitě se tak stává součástí kvalitní pediatrické péče.^(1–4,8,24,27–29)

LITERATURA

1. **Kolouch D.** Jaký vliv mají sociální sítě na psychiku dětí a dospívajících? *Ces-slov Pediat* 2025; 80(1): 9–14.
2. **Kerner J.** Možnosti a limity psychiatrické péče ve vztahu k pediatrii. *Ces-slov Pediat* 2025; 80(2): 61–67.
3. **Kocourková J, Koutek J.** Rizika psychosociálního vývoje v adolescenci. *Ces-slov Pediat* 2025; 80(3): 132–135.
4. **Koutek J, Kocourková J.** Suicidalita a sebepoškození v dětství a adolescenci – aktuální situace. *Ces-slov Pediat* 2022; 77(3): 131–136.
5. **Lebl J, Goetz M.** Ovlivňuje generativní umělá inteligence adolescentní zdraví? *Ces-slov Pediat* 2026; 81(1): 24–27.
6. **Peychl I, Popelová E, Neumannová H, et al.** Týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte nebo dospívajícího. *Ces-slov Pediat* 2026; 81(1): 33–42.
7. **Vatrál M, Trebatická J.** Suicidalita u dětí a adolescentů – rizikové faktory a dopad pandemie covidu-19. *Ces-slov Pediat* 2022; 77(3): 137–142.
8. **Ministerstvo zdravotnictví ČR.** Metodické opatření: Postup praktických lékařů pro děti a dorost při podezření na týrané, zneužívané a zanedbávané dítě (syndrom CAN). *Věstník MZ ČR* 2022; částka 10. Dostupné na: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2022/09/Metodicke-opatreni-sy-CAN.pdf>
9. **Fry D, Krzeczowska A, Ren J, et al.** Prevalence estimates and nature of online child sexual exploitation and abuse: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Child Adolesc Health* 2025; 9(3): 184–193.
10. **Chauviré-Geib K, Fegert JM.** Victims of technology-assisted child sexual abuse: a scoping review. *Trauma Violence Abuse* 2024; 25(2): 1335–1348.
11. **Henry N, Beard G.** Image-based sexual abuse perpetration: a scoping review. *Trauma Violence Abuse* 2024; 25(5): 3981–3998.
12. **Ray A, Henry N.** Sextortion: a scoping review. *Trauma Violence Abuse* 2025; 26(1): 138–155.
13. **Flynn A, Powell A, Eaton A, Scott AJ.** Sexualized deepfake abuse: perpetrator and victim perspectives on the motivations and forms of non-consensually created and shared sexualized deepfake imagery. *J Interpers Violence* 2025. doi: 10.1177/08862605251368834
14. **Bedrošová M, Hlavová R, Macháčková H, et al.** České děti a dospívající na internetu: Zpráva z výzkumu na základních a středních školách. Projekt EU Kids Online IV – Česká republika. Brno: Masarykova univerzita 2018. Dostupné na: https://irtis.muni.cz/media/3137006/eu_kids_online_report_2018_cz_main.pdf
15. **Pathmendra P, Raggatt M, Lim MSC, et al.** Exposure to pornography and adolescent sexual behavior: systematic review. *J Med Internet Res* 2023; 25: e43116.
16. **Kopecký K, Voráč D.** The phenomenon of deep nudes – a new threat to children and adults. *AI Soc* 2026; 41: 545–556.
17. **Madigan S, Ly A, Rash CL, et al.** Prevalence of multiple forms of sexting behavior among youth: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr* 2018; 172(4): 327–335.
18. **Mori C, Temple JR, Browne D, Madigan S.** Association of sexting with sexual behaviors and mental health among adolescents: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr* 2019; 173(8): 770–779.
19. **Hellevik PM, Haugen LEA, Överlien C.** Outcomes of image-based sexual abuse among young people: a systematic review. *Front Psychol* 2025; 16: 1599087.
20. **Mitchell KJ, Colburn D, Finkelhor D, et al.** Links between image-based sexual abuse and mental health in childhood among young adult social media users. *Child Abuse Negl* 2025; 164: 107471.
21. **Schittenhelm C, Kops M, Moosburner M, et al.** Cybergrooming victimization among young people: a systematic review of prevalence rates, risk factors, and outcomes. *Adolesc Res Rev* 2025; 10(2): 169–200.
22. **Shiau AYA, Holden OL, Musacchio S, et al.** Online child sexual exploitation and the role of computer-mediated communication: a scoping review. *J Child Sex Abus* 2025; 34(5–6): 496–519.
23. **Joleby M, Landström S, Lunde C, Jonsson LS.** But I wanted to talk about it: technology-assisted child sexual abuse victims' reasoning for delayed disclosure. *Child Prot Pract* 2024; 3: 100062.
24. **Knipschild R, Covers M, Bicanic IAE.** From digital harm to recovery: a multidisciplinary framework for first aid after online sexual abuse. *Eur J Psychotraumatol* 2025; 16(1): 2465083.
25. **Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.** MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize. Praha: ÚZIS ČR.
26. **Česká republika.** Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů.
27. **Česká republika.** Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.
28. **Česká republika.** Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění zákona č. 290/2025 Sb. a dalších pozdějších předpisů.
29. **Česká republika.** Vyhláška č. 444/2024 Sb., o zdravotnické dokumentaci.
30. **Linka bezpečí.** Potřebuješ pomoc? Dostupné na: <https://www.linkabezpeci.cz/pomoc>
31. **Dětské krizové centrum.** Kontakty a Linka důvěry DKC. Dostupné na: <https://www.ditekrize.cz/>
32. **Bílý kruh bezpečí.** Linka pomoci obětem kriminality a domácího násilí 116 006. Dostupné na: <https://www.bkb.cz/>
33. **Centrum LOCIKA.** Pomoc dětem zažívajícím násilí v rodině. Dostupné na: <https://www.centrumlocika.cz/>