

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Pedagogická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

BRIXELOVÁ Nikola

OLOMOUC 2010

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálně pedagogických studií

BRIXELOVÁ Nikola

III. ročník – kombinované studium

Obor: Speciálně pedagogická andragogika

AGRESIVNÍ CHOVÁNÍ U SCHIZOFRENÍKŮ

Přehledná práce

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Jiří Švarc, Ph.D.

Olomouc 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Olomouci dne

BRIXELOVÁ Nikola

Poděkování

Zde bych chtěla poděkovat vedoucímu mé práce MUDr. Švarcovi J., Ph.D., za odborné vedení, vstřícný přístup a v neposlední řadě za četné rady a podnětné připomínky, které mi při zpracování této práce velmi pomohly. Dále bych ráda poděkovala všem, kteří mě při psaní této práce podporovali.

Obsah

ÚVOD	7
1 Problematika schizofrenie	10
1.1 Historie schizofrenie	10
1.2 Vymezení schizofrenie	11
1.3 Příčiny vzniku schizofrenie	11
1.3.1 Schizofrenie a dědičnost	11
1.3.2 Vnější faktory	12
1.3.3 Vliv rodiny na vznik schizofrenie.....	13
1.3.4 Psychodynamické okolnosti	13
1.4 Diagnostika	13
1.5 Diferenciální diagnóza.....	15
1.5.1 Ohraničení schizofrenie oproti ostatním psychózám.....	15
1.5.2 Pomocná vyšetření.....	15
1.6 Klinické projevy schizofrenie	16
1.6.1 Pozitivní a negativní příznaky	16
1.6.2 Poruchy kognitivních funkcí.....	17
1.6.4 Poruchy emotivity.....	20
1.6.5 Poruchy jednání	20
1.6.6 Změny osobnosti.....	21
1.7 Průběh onemocnění.....	21
1.7.1 Průběh onemocnění podle F. Koukolíka a H. Motlové	22
1.7.2 Rozdělení z hlediska počtu akutních atak a vzniku přetrvávajícího psychického postižení	23
1.8 Prognóza	24
1.9 Klinické formy nemoci	25
1.10 Léčba a resocializace	27
2 Agresivní chování	28
2.1 Vymezení pojmů agrese a agresivita	28
2.2 Pojmy dále související s agresí	29
2.3 Druhy agrese	30

2.4 Teorie agrese.....	31
2.4.1 Teorie vrozené agrese	31
2.4.2 Hypotéza frustrace – agrese	32
2.4.3 Agrese jako naučené chování	32
2.4.4 Faktory prostředí a agrese.....	33
2.4.5 Agrese jako kombinace vlivů	33
2.5 Biologické předpoklady agrese.....	34
3 Agresivní chování a schizofrenie	35
3.1 Ochranné léčení a jeho uložení.....	39
3.2 Zabezpečovací detence	41
3.2.3 Výkon zabezpečovací detence	42
3.2.4 Změna výkonu zabezpečovací detence nebo upuštění od jejího výkonu	43
3.2.6 Práva a povinnosti chovanců	45
4 Hospitalizace bez souhlasu pacienta	53
4.1 Listina základních práv a svobod (ústavní zákon č. 23/1991 Sb.).....	53
4.2 Úmluva o lidských právech a biomedicíně (sdělení MZV č. 96/2001 Sb. m. s.)54	
4.3 Občanský soudní řád (zákon č. 99/1963 Sb., v platném znění).....	54
4.4 Zákon o péči o zdraví lidu (zákon č. 20/1966 Sb., v platném znění)	56
4.6 Kazuistiky PL Bohnice – ukázka agresivity a schizofrenie v praxi	57
ZÁVĚR	63
Literatura a prameny	65
Seznam příloh.....	68
Příloha 1: Kazuistiky související s ochranným léčením ústavním.....	69
Příloha 2: Kazuistika první navržené zabezpečovací detence - Vrah i oběť v ochranném léčení ústavním	79
ANOTACE	85

ÚVOD

Práce je rozdělena do čtyř hlavních částí, do 4 kapitol a 23 podkapitol.

V první části se zabývá problematikou schizofrenie, tzn. přiblížením toho co toto onemocnění přináší za rizika pro osobu, která má schizofrenii a také pro ostatní osoby v jejím okolí. Dále je v této části popsána historie, vymezení a definování tohoto onemocnění, významná jména osob, jež zavedly první pojmy, terminologii a rozdělení forem tohoto onemocnění. Pochopitelně jsou zde doplněny i důležité a často opakované pojmy, bez jejichž znalostí, by byla orientace v této práci značně obtížná. Jsou zde popsány příčiny vzniku tohoto onemocnění včetně vrozených dispozic a vlivů prostředí, včetně vnitřních i vnějších faktorů. V této části je rovněž popsána diagnostika onemocnění, včetně projevů nemoci a jejího odlišení od jiných onemocnění. Potom také rozdělení pozitivních a negativních příznaků onemocnění a formy onemocnění. Dále je definováno, co se děje s osobou, která má schizofrenii, jak se odlišuje její vnímání, myšlení, chování a prožívání, její orientace v prostoru a společenském okolí. Je zde zařazen také popis průběhu nemoci, včetně jejích stádií a dále prognóza a pozdější možná resocializace.

Ve druhé části se práce zabývá agresivním chováním a s ním souvisejícími pojmy. Najdeme zde rozlišení pojmů agrese a agresivita, dále také pojmy jako např. násilné chování, hostilita, asertivita aj. Je zde uvedeno rozlišení druhů agrese a také teorie agrese, spojené se jmény jejich tvůrců. Dále jsou v textu popsány biologické dispozice pro agresi a vnější vlivy. Nabízí se zde zamyšlení, kde přesně je hranice mezi „dobrou, přiměřenou“ agresivitou (která nám pomáhá se prosazovat - asertivitou) a agresivním chováním (které má spíše mnohdy destruktivní charakter).

Ve třetí části jsou skloubeny dvě předchozí části, čili agresivní chování versus schizofrenie. Jsou zde uvedeny souvislosti mezi tímto onemocněním a agresivními projevy nemocného člověka. Mimo jiné je zde popsáno ochranné léčení, stejně tak druhy ochranných opatření, ochranné léčení ústavní, zabezpečovací detence včetně popisu souvisejících zákonů např. Trestní zákon č. 140/1961 sb., Zákon č.129/2008 sb. o výkonu zabezpečovací detence a o změně některých souvisejících zákonů a mnoho

jiných. Je zde trochu podrobněji rozebrán zejména poslední zmiňovaný zákon, který definuje a popisuje i práva a povinnosti chovanců, nebo-li klientů či uživatelů služeb v psychiatrických léčebnách, kterým bylo uloženo např. ochranné léčení ústavní, které dále může přejít na zabezpečovací detenci. Je zde rovněž podrobně vysvětleno kdy, za jakých podmínek a v jaké situaci může dojít k uložení, přeměně, ukončení či upuštění od ochranného léčení či zabezpečovací detence.

V závěrečné části je popsán jeden z nejdůležitějších nástrojů k tomu, jak zabránit agresivnímu chování osoby se schizofrenií či pod vlivem návykové látky, čili nedobrovolná hospitalizace bez souhlasu pacienta a také jsou zmíněny dokumenty jako např. Listina základních práv a svobod - ústavní zákon č. 23/1991 Sb., Zákon o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb., Zákon o ochraně veřejného zdraví č. 258/2000 Sb., Zákon č.96/2001 Sb. Úmluva o lidských právech a biomedicíně, Zákon č. 99/1963 Sb. Občanský soudní řád. Dále jsou zde také uvedeny kazuistiky, které poskytl zejména MUDr. Švarc Jiří, Ph.D., známý psychiatr, soudní znalec, sexuolog a primář PL Bohnice.

Téma jsem si vybrala zejména proto, že z hlediska speciálně pedagogické andragogiky i psychologie, jakožto obory které studuji, je poměrně aktuální. Jak speciální pedagog tak psycholog se setkává s osobami, které mimo mentální, somatická, či smyslová a jiná postižení, mají dále např. různá duševní onemocnění apod. Náš potenciální klient může v důsledku svého onemocnění činit tak, jak by v případě, pokud by byl intaktní, nikdy nečinil. Proto si myslím, že je velkým přínosem jak pro osoby, které mají různá postižení, tak pro rodiny klientů, ale v neposlední řadě pro odbornou veřejnost zabývat se právě souvislostmi agresivního chování a duševního onemocnění. V našem případě jde konkrétně o souvislost mezi agresivním chováním a schizofrenií, protože řada klientů např. s mentální retardací může mít zároveň právě schizofrenii apod.

Práce má být zejména jistým úvodem do problematiky souvislosti agresivního chování a schizofrenie. Má být přehlednou, uspořádanou, čitelnou prací, která je stručná, výstižná, ale zároveň zdůrazňuje a rozvádí podstatné informace a důležité oblasti. Je to kompilace velkého množství informací z řady odborných prací, textů, literatury aj. Jsou zde popsány případy a studie z praxe, avšak práce se svým vlastním

výzkumem nezabývá. Téma je jen po teoretické stránce už dost široké samo o sobě. K praktickému výzkumu bychom potřebovali velké množství času a pravděpodobně ještě hlubší znalosti problematiky.

1 Problematika schizofrenie

Schizofrenie je závažné onemocnění, jehož důsledky dopadají na všechny složky osobnosti nemocného a odrážejí se na všech úrovních jeho života duševního, sociálněkulturního, pracovního, soukromého a rodinného. Onemocnění se netýká pouze nemocného, ale i jeho nejbližších a dále odborníků zejména z oblastí psychologie, psychiatrie a lékařství. V následující kapitole se budu snažit přiblížit historii tohoto onemocnění, definovat tuto závažnou chorobu, vymezit příčiny vzniku nemoci, stručně popsat diagnostiku, diagnózu, klinické projevy, průběh onemocnění, prognózu, rozčlenit formy nemoci a alespoň zčásti nastínit léčbu a případnou resocializaci nemocného do společnosti a běžného života.

1.1 Historie schizofrenie

Chorobu přesněji vymezil poprvé roku 1896 E. Kraepelin, který shrnul řadu psychóz a nazval ji *dementia praecox*, to znamená předčasná demence. Na to usuzoval z časného vzniku nemoci v adolescenci či mladé dospělosti a dále ze zjištění, že u nemocného dochází k takovému zhoršování kognitivních funkcí a k celkovému úpadku osobnosti, že lze mluvit o demenci. Ovšem takovýto průběh nemoci nemusí platit pokaždé. Proto v roce 1911 navrhl pro tuto skupinu nemocí Eugen Bleuler nový název a to *schizofrenie*. Hovořil o *skupině schizofrenií*, protože se domníval, že jde o etiologicky odlišné poruchy. Na rozdíl od Kraepelina zdůraznil vznik schizofrenie v různém věku a také rozdíly ve výsledných stavech onemocnění. Termín schizofrenie má vystihnout roztržité, rozpolcené osobnosti a dezintegraci jednotlivých psychických funkcí. Bleuler rozdělil symptomy schizofrenie na primární a sekundární. Primární byly podle něj charakteristické pro průběh nemoci (jsou nazývány jako 4A-poruchy asociací, poruchy afektivity, autismus, ambivalence) a sekundární se mohly běžně vyskytovat u jakékoli psychózy (halucinace, bludy apod.).

Ke třem formám schizofrenie, které vymezil Kraepelin, a to paranoidní, hebefrenní a katatonní přidal Bleuler ještě formu simplexní.

1.2 Vymezení schizofrenie

Schizofrenie je duševní onemocnění vyznačující se poruchami vnímání, myšlení a chování, s poruchami emotivity (reakce například neodpovídají situaci, nebo je emotivita oploštělá, otupělá) a s určitým rozpolcením osobnosti. Intelekt a jasné vědomí zůstávají obvykle zachovány, avšak je zde určitý kognitivní deficit.

Schizofrenie je dnes nozologická jednotka (nemoc), která patří do skupiny psychóz. Psychózu mohou vyvolat i drogy nebo organické onemocnění a prakticky pro takové psychózy platí totéž co pro schizofrenii.

Psychózu můžeme popsat jako závažný duševní stav s organickým porušením mozku, demonstrující se halucinacemi a bludy. Mění se vztah nemocného k realitě. Nemocný nevnímá okolnosti jako dříve, věcem přiřazuje jiné, nesprávné významy, vidí souvislosti tam kde nejsou, slyší a vidí to, co neexistuje. Lidem okolo se jeví jako člověk s podivným, bizarním chováním.

1.3 Příčiny vzniku schizofrenie

Příčiny vzniku schizofrenie nejsou přesně známy. Dalo by se říci, že je to spíše skupina poruch vyznačující se podobnými symptomy. Rozvoj nemoci ovlivňuje řada vnějších i vnitřních faktorů (dědičné dispozice, vývojově podmíněné změny aj.). Schizofrenie postihne přibližně 0.5-1% populace (to je ta prevalence), propuká přibližně ve věkovém rozmezí 15-35 let, u mužů však nástup nemoci přichází dříve.

1.3.1 Schizofrenie a dědičnost

Zkoumání schizofrenie přineslo řadu informací, které nám dávají alespoň částečný obraz o příčinách vzniku tohoto onemocnění. Jedním z mnoha činitelů je dědičnost. Zjistilo se, že důležitou roli mohou hrát lidské geny, avšak není ještě definitivně objasněno, o jaký typ dědičnosti se jedná. Také není vždy podmínkou, že se u osoby, která bude mít genetické předpoklady k rozvoji onemocnění, nemoc skutečně v průběhu času rozvine.

Odlišnosti v genech se mohou u člověka projevit i ve změnách struktury a funkce mozku. Osoby se schizofrenií mají menší hmotnost mozku, což je zapříčiněno menším objemem kůry mozkové, zejména ve frontální oblasti, dále mají širší komory mozkové, menší počet neuronů v různých vrstvách mozku, menší počet synapsí, což znamená menší počet jejich vzájemného propojení (Vágnerová, 2004).

Osoby se schizofrenií mají také odlišný metabolismus mozku, což bývá spojováno s odlišným dopaminovým, serotoninovým a glutamátovým systémem. Není přesně zjištěno, jakým způsobem ovlivňují neurotransmitery vznik nemoci, avšak může docházet k narušenému přenosu informací, v důsledku odchylek těchto systémů. Ty oblasti, které by měly být propojeny, propojeny nejsou, naopak se vytvářejí často chybná, dysfunkční propojení. Odlišnosti v neurotransmitterových přenosech byly zjištěny např. ve frontálním laloku, v temporálním laloku, talamu, limbickém systému a hipokampu. Může jít o změny ve stimulačních a inhibičních procesech působení neurotransmiterů. Významný je rovněž talamus a jeho tzv. talamický gating, který v podstatě zabraňuje tomu, aby byl mozek zahlcen přemírou informací.

1.3.2 Vnější faktory

Jinou teorií o vzniku schizofrenie je tzv. *koncept vulnerability*, který předpokládá zvýšenou citlivost a zranitelnost některých jedinců, v jejímž důsledku nejsou schopni řešit situace s takovým odstupem jako ostatní. Někdy se může jednat o poruchu zpracování informací, kdy je jedinec informacemi zahlcen. To se děje v případě, že selže talamický gating (viz.výše), který má zajistit, výběrovost informací, čili aby nebyl mozek zahlcen přemírou informací. Spouštěčem nemoci může být pro člověka krizová situace jako např. tělesné onemocnění, požití drogy, ztráta blízkého člověka, rozchod, ztráta zaměstnání, neúspěch aj. dále také např. nová role v životě jako získání nové pozice v zaměstnání, v podstatě i jakákoli změna zasahující do našeho dosavadního života. Reakce, která následuje, je patologická a je jen vyhocením již dříve se formujících nápadností a bizarností v chování člověka. Nejčastěji dochází k propuknutí nemoci právě v době, kdy by se měla formovat identita člověka, čili kolem období adolescence a časně dospělosti. Na člověka je kladena zátěž, spojená s přijutím

zodpovědného chování dospělého člověka. V tomto věku se rozhodujeme zdali budeme studovat, pracovat nebo zakládat rodinu. Tyto požadavky mohou být prožívány jako negativní, stresující a ohrožující.

1.3.3 Vliv rodiny na vznik schizofrenie

Někteří autoři se domnívají, že vnější vlivy mohou mít také velký podíl na vzniku onemocnění. Většinou jsou spojeny s rodinou. Avšak jsou spíše vyvolávajícím podnětem. Höschl uvádí, že zvýšená pravděpodobnost vzniku schizofrenie se vyskytuje v rodinách s vysoce vyjadřovanou mírou emotivity. Touto vysoce vyjadřovanou mírou emotivity má na mysli až vlezlé vtíravé emoce, které člověka zahánějí do jisté infantilnosti, jsou až hostilní, kritické, ovládající a kontrolující.

1.3.4 Psychodynamické okolnosti

Osoba se schizofrenií, jak bude zmíněno dále, vnímá své okolí jinak, než-li osoba bez schizofrenie. Je vystavena zmateným a ohlušujícím vjemům a vytváří si obranné mechanismy. Mezi tyto mechanismy patří podle Höschla psychotická projekce (vnitřní pocity agrese, sexuality, zmatků aj. jsou promítnuty do okolního světa, což souvisí s rozmazaností hranice já – ne já, tj. osoba se schizofrenií těžko odlišuje hranice sebe sama od vnějšího světa), obrácení myšlenky do jejího opaku a popření. Pokud se nám podaří nalézt vlivy, které pravděpodobně spustili psychózu, pomůže nám to velmi ovlivnit další chování nemocného a celý léčebný proces vůbec.

1.4 Diagnostika

Diagnostika onemocnění se opírá o pečlivé vyšetření anamnézy a duševního stavu klienta.

Diagnostická kritéria pro schizofrenii (v rámci MKN 10 a DSM-IV) jsou charakteristické symptomy. Jedná se o pozitivní, negativní příznaky a o sociální a pracovní kompetenci.

Známky nemoci musí dle MKN-10 souvisle přetrvávat alespoň jeden měsíc (podle DSM-IV dokonce šest měsíců) a v tomto období musí být přítomen alespoň jeden z příznaků jako bludy a halucinace - podrobněji popsáno dále. V tomto období mohou být přítomny také příznaky prodromální nebo reziduální, které zahrnují negativní symptomatologii, nebo dva či více symptomů zmíněných výše. Dále jsou zde vylučovací kritéria. Schizoafektivní porucha a psychotická porucha nálady musí být vyloučena buď proto, že depresivní, manická nebo smíšená epizoda poruchy nálady se neobjevila současně s příznaky aktivní fáze psychózy, nebo že pokud se objevila, bylo její trvání vzhledem k trvání aktivní a reziduální fáze schizofrenie relativně krátké. Podmínkou je dále, aby symptomy nebyly přímým důsledkem požití návykové látky nebo somatickým onemocněním (Höschl et al., 2002).

Rahm uvádí následující symptomy jako diagnostická vodítka:

1. slyšení vlastních myšlenek, vkládání či odnímání myšlenek, vysílání myšlenek;
2. blud kontrolovanosti ovlivňování, prožitky pasivity, které se vztahují k pohybům těla a končetin nebo ke specifickým myšlenkám, jednání nebo cítění či bludnému vnímání;
3. komentující nebo dialogické hlasy, které mluví o osobě a jeho chování nebo hlasy vycházející z jiné části jeho těla;
4. neustávající nereálné bludy např. že je osoba politická osobnost aj.
5. neustávající halucinace jakékoli smyslové modalitě doprovázenými bludnými myšlenkami bez jasného afektivního obsahu doprovázené přetrvávajícími ovládanými představami, které se objevují denně po dobu týdnů či měsíců;
6. vkládání do toku myšlenek, což vede k inkoherenci mluveného projevu či k neologismům;
7. katatonní symptomy jako např. vzrušení, stereotypie těla nebo vosková poddajnost, stupor aj.;
8. negativní symptomy jako např. výrazná apatie, ochuzení řeči, oploštění nebo nepřiměřenost emočních reakcí; musí být přítom jasné, že tyto projevy nejsou způsobeny depresí či neuroleptickou medikací;

9. jednoznačné kvalitativní změny jednání, které se projevují bezcílností, nečinností, chováním zhrouceným do sebe a sociálním stažením; (Rahm, E. and Mahnkopf, A., 2000, str. 173).

Pro diagnózu schizofrenie je podle Rahma nutná přítomnost alespoň jednoho diagnostického symptomu (dva nebo tři pokud jsou méně jednoznačné) z výše uvedených bodů 1-4 nebo dva diagnostické symptomy z bodů 5-8. Tyto symptomy musí být ale zřetelné po dobu jednoho měsíce a více.

1.5 Diferenciální diagnóza

Diferenciální diagnóza byla vždy složitá. Neexistuje jen jeden typický symptom nebo skupina typických symptomů pro schizofrenii. Pozitivní symptomy vyskytující se u schizofrenie se vyskytují i u dalších psychóz. Při diferenciální diagnóze je tedy třeba brát v úvahu skupinu poruch, které jsou doprovázeny psychotickými symptomy (Zvolský, 1996).

1.5.1 Ohraničení schizofrenie oproti ostatním psychózám

Schizofrenie je zařazena do skupiny F20-29 v MKN-10. Přesné vymezení popisuje Svoboda, kdy je rozdělení následující: F20 schizofrenie, F21 schizotypní porucha, F22 trvalé duševní poruchy s bludy, F23 akutní a přechodné psychotické poruchy, F24 indukovaná porucha s bludy, F25 schizoafektivní poruchy, F28 jiné neorganické psychotické poruchy, F29 nespecifická neorganická psychóza (Svoboda, Češková).

1.5.2 Pomocná vyšetření

Pro diferenciální diagnózu je nutné toxikologické vyšetření (pro vyloučení intoxikace návykovými látkami), laboratorní vyšetření biochemické a hematologické (vyloučení organického poškození a somatického onemocnění). Dále se jedná o sérologická vyšetření (s cílem vyloučit podezření na neuroinfekci). Pro zjištění přítomnosti organických lézí nebo temporální epilepsie se využívá elektrofyzilogické vyšetření.

Dále je v rámci psychiatrického vyšetření také vyšetření psychologické, které má zjistit stav osobnosti a kognitivních funkcí. Používají se testy ROR (Roschachův test) a TAT (tematicko apercepční test), podle kterých většina osob se schizofrenií má narušenou pozornost, zhoršenou paměť a je méně schopna řešit problémy.

Pro zjištění funkčního stavu mozku se používají zobrazovací metody. U EEG mají někteří lidé se schizofrenií mírně patologický nále. U CT můžeme pozorovat kortikální atrofie a tedy rozšíření postranních komor a třetí komory mozkové (přibližně u pětiny nemocných). U PET (pozitronové emisní tomografie) zjišťujeme snížení metabolismu v čelních a spánkových oblastech, za to v oblastech týlových metabolismus zvýšený. U osob se schizofrenií dále pozorujeme snížený krevní průtok v čelních oblastech a zvýšený krevní průtok v oblastech týlních. Celkově je ale spíše snížený, než-li u osob bez schizofrenie. (Höschl et al., 2002).

1.6 Klinické projevy schizofrenie

Schizofrenie nemá jasný klinický obraz. Její projevy mohou být různorodé. Klinické projevy nemoci můžeme dělit na pozitivní a negativní. Pozitivní jsou takové projevy, kdy jsou přítomny nadměrně či zkresleně běžné psychické funkce např. bludy, halucinace, katatonní symptomy aj.). Negativní příznaky jsou takové, kdy jsou naopak utlumeny běžné psychické funkce, což je naopak způsobeno sníženou činností mozku (např. zpomalené myšlení, zvýšená pasivita, abulie, neschopnost zahájit jakoukoli činnost, sociální stažení).

Pro akutní fázi nemoci jsou typické spíše pozitivní symptomy, které ale musí přetrvávat alespoň jeden měsíc. Změny probíhají hned na několika úrovních a to ve vnímání, myšlení, cítění, orientace v realitě, dále v jednání a osobnosti (např. v integraci osobnosti).

1.6.1 Pozitivní a negativní příznaky

Od poloviny 19. století byly příznaky schizofrenie děleny na dvě skupiny a to na pozitivní a negativní (Koukolík, 1997). Pozitivní příznaky většinou znamenají nápadné

zvýraznění nějaké funkce, přebytek nebo větší intenzitu např. větší aktivitu, nápadnosti v chování aj. Podle Češkové jsou pozitivní (tj. psychotické) příznaky nejčastější příčinou hospitalizace. Jsou spojovány s regionální zvýšenou dopaminergní aktivitou. Jedná se o halucinace, bludy a dezorganizace (poruchy jednání) s konsekvencemi v jednání nemocného (Češková, 2005, str. 19).

Negativní příznaky souvisí podle Češkové s regionálně (jiná oblast než u pozitivních příznaků) sníženou dopaminergní aktivitou. Typickými negativními příznaky jsou: apatie, ztráta motivace a prožitku radosti, sociální stažení, ochuzení řeči a myšlení. Jsou přítomny u nemocných s první epizodou schizofrenní poruchy a na rozdíl od pozitivních příznaků, jsou primární, tedy dané chorobným procesem. Přetrvávající negativní účinky souvisí s funkční prognózou (Češková, 2005, str. 19).

1.6.2 Poruchy kognitivních funkcí

Poruchy vnímání mohou být velmi různorodé. Na počátku nemoci se objevují iluze a halucinace. Iluze je klamné vnímání reality. Na rozdíl od halucinací potřebuje iluze podnět. Halucinace jsou vjemy bez jakéhokoli reálného podnětu a člověk je přesvědčen, o jejich skutečnosti, opravdovosti (pozn. na rozdíl od pseudohalucinací, kdy člověk ví, že vjemy jsou nepravé a nevěří v jejich existenci).

Halucinace bývají nejčastěji sluchové (typické pro paranoidní schizofrenii), kdy člověk slyší hlasy, které mu někdy mohou radit, jindy mu mohou něco přikazovat. Někdy také nemusí mluvit přímo k němu, ale o něm. Tyto hlasy jsou ale většinou vždy nějakým způsobem spojeny s osobností člověka, nějak se k němu vztahují. Další typy halucinací jsou halucinace zrakové (člověk např. vidí bytosti, které neexistují pozn. např. mimozemšťany), dále tělové, kdy je nemocný přesvědčen, že se ho dotýká někdo jiný, intrapsychické, kdy se nemocnému jeví jeho pocity či myšlenky jako cizí, jakoby mu nepatřily, ale byly mu imputovány, podobné jsou dále poruchy vnímání vlastního těla tzv. cenestezie, kdy má nemocný pocit jakoby měl např. cizí nohu apod. Poruchy vnímání nemůžeme brát izolovaně, jsou většinou spojeny nejen s chybným vnímáním jako takovým, ale i se špatnou orientací ve světě i v sobě samém, s chybným přijímáním i zpracováváním informací a s myšlením.

Poruchy myšlení v sobe zahrnují poruchu dynamiky myšlení, poruchu obsahu myšlení, poruchu formálního myšlení.

Porucha dynamiky myšlení souvisí s jeho rychlostí. Někdy může být myšlen zpomalené (bradypsychismus), může dojít k myšlenkovému zárazu, nemocný může ulpívat na jediné myšlence, jindy může být naopak myšlení překotné tzv. myšlenkový trysk, kdy se vynořuje jedna myšlenka za druhou a to se může projevit na verbální úrovni zmateným seskupením slov bez smyslu a bez souvislostí.

Poruchou formálního myšlení se rozumí porucha plynulosti myšlení, což je pro schizofrenii typické. Člověk nedokáže uvažovat souvisle, myšlení může být roztříštěné, bez souvislostí a kontextu. Člověk ztrácí schopnost rozlišovat co je podstatné a co ne. Dochází k narušení logiky vyplývající ze špatného chápání a z nesprávného užívání slov. Asociace, vytvořené nemocným postrádají svůj význam, smysl.

Porucha obsahu myšlení souvisí s bludy, které nemocný má. Blud je nevývratné přesvědčení založené na nesprávném odvození závěru ze zevní reality. Myšlení nemocného se zdá ostatním nesmyslné. Ve skutečnosti jsou bludy odrazem jeho vnitřního světa a narušeného vztahu k sobě samému. Nemocný má často bludy, které jej pronásledují, kontrolují, ovlivňují. Může mít např. blud mikro- nebo megalomanický (kdy je přesvědčen o své absolutní moci), reformátorský či spasitelský (kdy věří, že on je jediný vyvolený, který může spasit svět), někdy také blud somatický, zaměřený na určitou tělesnou funkci, blud ovlivňování či zasahování (někdo cizí mu vkládá či odnímá myšlenky). Poslední zmiňovaný druh bludu bývá považován za jedno z důležitých kritérií pro diagnózu schizofrenie. Nemocný je přesvědčen, že je bludem ohrožen a věří v jeho existenci. V bludech obvykle vystupují bytosti, které se nějakým způsobem k nemocnému vztahují, je ve středu jejich zájmu, avšak spíše v negativním slova smyslu. To, že je nemocný v tomto svém světě ve středu zájmu bývá v protikladu k realitě, kdy je nemocný spíše osamocený. Blud je výsledkem myšlení nemocného, byť patologického. Traumata, která nemocný prožil nemusí být příčinou vzniku nemoci ani bludu, ale mohou být v bludu zpracovány. Blud lze psychologicky interpretovat jako soubor myšlenek, představ a je určitým obranným mechanismem, který nemocnému pomáhá překonat jeho momentální tíživou situaci.

Bludy a halucinace jsou součástí onemocnění a v jejich důsledku se může stát nemocný nebezpečný sobě či okolí. Např. u paranoidní schizofrenie mohou nemocnému hlasy radit, aby někoho zlikvidoval. Nemocný nedokáže sám posoudit reálnost či nereálnost těchto hlasů, věří v jejich existenci a všechno mu díky nim dává jakýsi podivný smysl. Nemocnému nejde jeho bludy zpochybňovat nebo vymlouvat. To by u něj mohlo vyvolat úzkost a následnou agresivní reakci. Neléčený schizofrenik v akutní fázi nemoci může být velmi nebezpečný. Proto je nutná hospitalizace na uzavřeném psychiatrickém oddělení.

Důležitým diagnostickým znakem pro schizofrenii je to, že se nemocný nedokáže orientovat v realitě. Souvislosti, které jsou jasné nevnímá, naopak vytváří naprosto nesmyslné hypotézy a souvislosti tam, kde žádné nejsou. Pro nemocného neexistuje náhoda, myslí magicky. Nemocný potřebuje mít všechno jednoznačně vysvětleno, aby cítil jistotu, která mu chybí. Absolutizuje význam dění okolo, aby mu vše zapadalo do jeho interpretace světa.

Autistické projevy nemoci se vyznačují izolovaností, sociálním stažením, někdy pasivitou a nezájmem navazovat vztahy s lidmi. Nemocný nerozumí vnějšímu světu, zdá se mu cizí (derealizace). Pro nemocného znamená vnější svět mnoho podnětů, kterým nerozumí, je jimi zahlcen a nedokáže je správně zpracovat. Stahuje se do svého světa fantazie. Člověku nemocnému schizofrenií se neustále vynořují jeho obsahy vědomí, často to jsou různé nutkavé myšlenky apod. a proto se na nic jiného nemůže soustředit, vyčerpává jej to. Jako autistický projev je typická velká izolace nemocného od vnějšího světa.

1.6.3 Poruchy verbálního projevu

Poruchy verbálního projevu souvisí s poruchou myšlení. Řeč je často inkoherentní, nesouvislá, bez logických souvislostí, někdy může dojít ke vzniku tzv. slovního salátu, kdy významy slov nemají žádné souvislosti, dále může jít o neustálé opakování jednoho slova či slovního spojení tzv. verbigerace, nebo vytvářejí neologismy, dále spojují slova, která podobně znějí, ale nedávají dohromady žádný

smysl. Nemocní často komolí běžné výrazy, jejich řeč je agramatická a ochuzená. Čím je nemoc pokročilejší, tím bývá řeč chudší.

1.6.4 Poruchy emotivity

Schizofrenie je onemocnění ke kterému patří změny i v úrovni emocí. Na počátku onemocnění má člověk spíše nepřiměřené reakce, postupem času jsou emoce spíše oploštělé, otupělé, člověk je více apatický. Nemocný je citově labilní. Typická je nepředvídatelnost reakcí nemocného, které jsou často naprosto opačné, než které by ostatní lidé čekali např. jej přepadne smích v neadekvátní situaci. Někdy tento smích sám nedokáže ovládat. Má různé výkyvy nálad, může mít deprese, může být přecitlivělý. Vyskytuje se zde také afektivní ambivalence, kdy má člověk např. vůči blízké osobě smíšené pocity, cítí zároveň lásku a zároveň nenávisť nebo ví, že je na dané osobě závislý, že se o něj stará, zajišťuje jej, ale zároveň tuto osobu kritizuje, ponižuje, někdy i bije. Toto lze vnímat jako projev dezintegrace emočního prožívání. Někdy jsou obě protichůdné reakce tak silné, že nemocný nedokáže udělat vůbec nic což je tzv. stupor. Ambivalentní prožívání způsobuje neadekvátní reakce. Standardní emoční reakce postupem času vyhasínají, nemocný je spíše citově otupělý, apatický.

1.6.5 Poruchy jednání

Když se vyskytne něco neobvyklého v chování člověka, bývá to většinou diagnosticky významné. Nemocný začne např. mluvit sám k sobě, začne se chovat bizarně, nápadně. Jindy naopak může dojít k úplnému sociálnímu stažení. Je to projev poruchy vnímání a prožívání. Nemocný se řídí podle toho, jak aktuální situaci sám vnímá a prožívá, proto jsou často jeho reakce neadekvátní. Dochází také ke změně aktivační úrovně, kdy začne být nemocný více pasivní, což se může projevit útlumem či zpomalením určitých reakcí, např. stuporem (ztuhnutím) či mutismem (nemluvností). Nemocný někdy není schopen iniciovat žádnou akci. Méně často se objevuje opačný efekt, kdy je nemocný nadměrně aktivní nebo je jeho projev nepřiměřený. Můžou se

vyskytnou echolálie (neúčelné opakování slov) či echopraxie (neúčelné opakování pohybů).

1.6.6 Změny osobnosti

Osobnost nemocného se v průběhu onemocnění mění. Člověk se vzdaluje sám sobě i ostatním v souvislosti s poruchou uvědomování si sebe sama. Jeho sebehodnocení je jiné než dříve. Nemocný se soustředí spíše sám na sebe tzv. patologický narcismus. Nemocný si může také myslet, že se celý svět soustředí kolem něj, že je jádrem všeho dění. Jindy může mít naopak pocit cizosti vlastních myšlenek (někdo mu vkládá myšlenky nebo mu je naopak bere) a pocity depersonalizace. Také se můžou objevit pocity cizosti vlastního těla či jeho částí. Nemocný má pocit, že svůj život neřídí sám, ale že jej ovládají i cizí síly. Ztrácí svou vlastní identitu. Není si jistý kým doopravdy je.

Nemocný obvykle nemá potřebný náhled na svou nemoc, ale i tak si uvědomuje změnu, která nastala. Ví, že všechno není jako dřív, že jej lidé vnímají jinak, že sám sebe vnímá jinak a že se už neorientuje ve věcech jako dřív. Svět mu může připadat děsivý, nepřátelský, spolčený proti němu.

Nemocný nedokáže rozpoznat hranice mezi sebou a vnějším světem. To je známka poruchy integrity osobnosti, kdy na rozdíl od ostatních lidí nedokáže nemocný oddělit sebe od ostatních. Proti tomuto stavu, který nemocného děsí, se brání tím, že se snaží oddělit sebe sama od vnějšího světa (autismus), nebo utíká do svého vnitřního světa fantazie, dále např. přijetím nové identity. Nemocný se pokouší vytvořit si vlastní svět s vnitřními pravidly, které by mu daly alespoň nějakou jistotu, byť jsou tato pravidla projevem bludů.

1.7 Průběh onemocnění

Onemocnění obvykle propukne v období adolescence. Obvykle nezačíná hned psychotickými symptomy, nýbrž prodromálními příznaky, které se mohou projevovat např. bizarním neobvyklým chováním, reakcemi, které nejsou přiměřené situaci apod.

Počátek onemocnění může být buď náhlý či plíživý. U plíživého průběhu může jít postupně o další zhoršování výkonu např. v zaměstnání, studiu apod. Nemocný se většinou izoluje od okolí, začne se chovat podivínsky, bizarně, může se jevit citově otupělý, hromadit neúčinné věci, přestat o sebe dbát apod. Také může mít zvláštní představy např. že jej někdo pronásleduje aj.

Krystalizační fáze procesu se vyznačuje nastupující úzkostí, pocitem, že se děje něco neobvyklého. Nemocný přestává rozumět světu a orientovat se v něm i v sobě samotném. Má pocit, že je vše ohrožující, podivné. Tato změna je pro něj nesrozumitelná. Poté se objevují halucinace, kterým nemocný věří a blud, který najednou dá všemu jakýsi podivný smysl všechno zdánlivě vysvětluje. Nemocnému se uleví, protože má pocit, že najednou všechno chápe, že je všechno naprosto jasné. Může také vnímat některé věci správně svými smysly, ale přisoudí jim nesprávný význam (např. slyší zazvonění zvonku a vnímá to jako nějaké poselství apod.). Také se mění postoj k náhodě. Pro nemocného schizofrenií náhoda neexistuje, všechno se děje z nějakého důvodu, byť patologického. Nemocný věří jedině svému názoru, ztrácí schopnost správného úsudku a stává se patologicky egocentrickým. To je v podstatě obranná reakce, byť patologická. Nemocný považuje za směřodatná jen jeho tvrzení a přesvědčení, která mu dávají v pro něj zmateném a nesrozumitelném světě jedinou jistotu.

1.7.1 Průběh onemocnění podle F. Koukolíka a H. Motlové

Premorbidní stádium je docela nenápadné. Může se projevovat odchylkami v motorickém a sociálním vývoji. Pozornost je snížena, v této fázi podává člověk nižší výkony v neuropsychologických testech.

Prodromální stádium (tj. před vypuknutím choroby) je již viditelnější. Objevují se určité nápadnosti, které mohou přetrvávat poměrně dlouhou dobu, i několik let. Někdy můžeme nalézt určité náznaky těchto projevů již v dětství. Tyto projevy již mohou být důvodem k vyhledání odborné péče. Nemocný začne být vztahovačný, všechno si bere osobně, může mít deprese či sklon k úzkosti, dále má ozvláštňené vnímání, je citlivější a více zranitelnější, stahuje se více do svého vlastního světa, je introvertní, má omezenou

schopnost osamostatnění, vyskytují se potíže v mezilidských vztazích, dále podává nižší výkon např. ve škole či v zaměstnání, často si může stěžovat na somatické obtíže jako je nespavost, unavitelnost apod.

První psychotická epizoda se projevuje již psychotickými symptomy. Nemocný se nechová jako dříve, začne mít problémy v sociální a pracovní oblasti, což může vést ke zneschopnění. V tomto období dochází nejčastěji k hospitalizaci pacienta. Vyskytují se jak pozitivní tak negativní příznaky, které vždy odpovídají dané formě onemocnění. Jedná se např. o parathymii (emoční nepřiměřenost), poruchy myšlení a vnímání, poruchy motoriky, narušení celkové integrity osobnosti. Tento stav je velice proměnlivý a nesourodý. V této fázi můžeme poměrně dobře nemocného přesvědčit k léčbě a ke spolupráci.

Aktivní choroba a relaps většinou následují po první prodělané epizodě. Přibližně 15-22% nemocných prodělá jen jednu epizodu. Po období relapsů a remisí dochází často ke stabilizaci stavu a někdy i k trvalé remisi s nepatrnou reziduální symptomatikou. Remisi můžeme definovat jako stav podobný období předchorobí. Domníváme se, že nemoc je stále přítomna, avšak příznaky nejsou zjevné. Pokud došlo k jejich vymizení spontánně, znamená to, že k vymizení příznaků došlo bez použití specifické léčby (např. užití léků). Relaps můžeme vysvětlit jako časný (do půl roku) či pozdní (po roce) návrat příznaků nemoci, která byla v klidu (remisi), zhoršení, což může znamenat zvýšenou zranitelnost (vulnerabilitu). Stav nemocného v postpsychotickém stavu závisí na mnoha faktorech (na povaze léčby, dostupnosti rehabilitace apod.)

Reziduum je pozůstatek prodělaného onemocnění, označovaný dříve jako defekt, kdy převažují zejména negativní symptomy jako zpustlost, sociální stažení, apatie, zejména tzv. kognitivní deficit. Tyto symptomy se objevují jen v některých situacích. Psychická odolnost klesá, je nevyrovnaná. Člověk chápe situace, které jsou pro ostatní zcela banální, jako nezvladatelné (Koukolník, Motlová, 2004).

1.7.2 Rozdělení z hlediska počtu akutních atak a vzniku přetrvávajícího psychického postižení

Epizodický průběh nastává tehdy, kdy se nemoc projeví pouze jednou jedinou atakou a následně se zdravotní stav upraví.

Opakovaný průběh vypadá tak, že se pravidelně či nepravidelně střídají chorobné ataky a remise. K opakování dochází přibližně u 60% nemocných.

Maligní průběh s náhlým začátkem onemocnění a rychlým vznikem osobnostního defektu.

Chronický průběh je spojený s opakujícími se chorobnými atakami a s nimi souvisejícími nepříznivými změnami jako např. úbytek adaptačních schopností aj. Může vzniknout *reziduální porucha* popř. postupně dochází k celkovému osobnostnímu úpadku nemocného. Takovýto průběh je zaznamenán u přibližně 30% nemocných.

Reziduální, resp. chronický průběh onemocnění je typický přetrváváním některých symptomů, zejména těch negativních. Může dojít k oslabení či ztrátě některých funkcí. U chronicky nemocných může dojít k postupnému úbytku různých kompetencí, což se nazývá jako tzv. *syndrom zlomené pružiny*. Nemocný většinou nedokáže dál vykonávat svou práci, bývá snadno unavitelný, nedokáže prožívat radost. Pozn. reziduální znamená zbylý, zbytkový, doznívající. Pasivitu a snahu vyhýbat se ostatním můžeme chápat jako jakýsi druh obranné reakce.

Postprocesuální změny osobnosti se mohou projevit negativní proměnou osobnostních vlastností a dále celkovou psychosociální deteriorací. V horším případě může být nemocný zcela závislý na péči jiné osoby.

De facto jsou reziduální a postprocesuální změny synonyma, jde o chronický průběh bez zjevné psychotické symptomatiky.

1.8 Prognóza

Prognóza většinou závisí na mnoha různorodých faktorech. Zde většinou platí, že je prognosticky lepší, když se nemoc rychle objeví, než když se rozvíjí pomalu a plíživě. Také se za rizikový faktor považuje, když nemoc vzniká v ranném věku a zasahuje do více složek rozvíjející se osobnosti. Nebezpečnější je převaha negativních symptomů, kdy se nemocný stává vyhaslým, bez chuti cokoliv nového začít. Ženy obvykle mívají lepší prognózu než muži. Také je významným faktorem tzv. *premorbidní osobnost*.

Jestliže byl člověk před nemocí bez výraznějších nápadností, normálně přizpůsobený, je větší pravděpodobnost, že se jeho stav zlepší. Předpokládá se, že prognóza souvisí s premorbidní osobností a s tím, jaké měl člověk před nemocí kompetence, jak zvládal stresové situace, do jaké míry byl zranitelný apod. Nápadnosti v chování člověka se většinou objevují v období dospívání. Dalším prognosticky významným faktorem je sociální zázemí nemocného. Jestliže má rodinu, příp. přátele, kteří jej mají rádi, poskytují mu podporu, péči a lásku, má nemocný větší šanci na uzdravení.

V období uzdravování bývají nemocní někdy mrzutí, bez radosti, vyhaslí. Někdy se jim může, byť to zní zvláštně, po svých bludech stýskat. Vědí, že je rozdíl mezi tím, kým byli dříve a tím, kdo jsou nyní. Vyrovnání se s takovou změnou a návrat do reality není snadný.

Z hlediska všeobecně prognostického bývá citováno hrubé orientační „pravidlo třetin“. Třetina nemocných vede normální život, třetina má neustále nějaké příznaky onemocnění a třetina je neustále trvale postižena a vyžaduje častou hospitalizaci (Smolík,1996).

1.9 Klinické formy nemoci

Různorodost příznaků schizofrenie vedla k rozdělení této nemoci na několik typů. Kraepelin ji rozlišil na paranoidní, hebefrenní a katatonní. Bleuler jeho dělení později obohatil o formu simplexní. Toto základní rozlišení se užívá dodnes.

F20.0 Paranoidní schizofrenie se vyznačuje přítomností bludů a halucinací. Typický je blud ohrožení, pronásledování či ovlivňování aj. Nemocný má pocit, že ho neustále někdo sleduje, pozoruje, hlídá každý jeho krok. Slyší různé hlasy, které mu něco přikazují, nabádají ho k nějaké akci nebo hovoří o něm. Vidí věci, které neexistují a věří v jejich skutečnost nebo vidí skutečné osoby a předměty, ale přikládá jim nesprávný význam. Pro paranoidní formu jsou však častější sluchové halucinace nežli zrakové. Blud ohrožení může být vztahován k nadpřirozeným bytostem, ale také k reálným osobám v jeho blízkosti. Proto vzniká jisté nebezpečí, že nemocný napadne někoho ve svém okolí. Nejčastěji je to někdo blízký např. rodič či sourozenec. U této formy nemoci jsou z negativních příznaků přítomny zejména porucha vůle a poruchy myšlení,

keré může být inkohorentní. Paranoidní forma schizofrenie může propuknout v pozdějším věku než je pro tuto nemoc obvyklé a to kolem 40 let.

F20.1 Hebefrenní schizofrenie se projevuje již v období adolescence a ranné dospělosti mezi 15 a 25 lety a právě pro svůj brzký počátek je poměrně nebezpečná. Zasahuje ve chvíli kdy se vytváří osobnost mladého člověka. Nová osobnost ještě není vytvořena a pevně zakořeněna a dětské vzorce chování nemohou stačit, proto se nemocný projevuje neadekvátně, vykřikuje, chová se obscénně, ukazuje různá neslušná gesta, často se projevuje vulgárně. Emočně je oploštělý. Může se objevit i moria což je hypomanická nálada, kdy nemocný nevhodně žertuje. Také může dojít k hypomimičnosti, tj.výrazy tváře neodpovídají situaci. Nemocný se o sebe postupem času přestává starat, nosí neustále stejné oblečení. Osobnost nemocného upadá.

F20.2 Katatonní schizofrenie se týká zejména pohybů a dělí se na dvě formy. *Produktivní forma* se projevuje nadměrnou někdy až násilnickou motorikou. Také se může vyskytovat echolálie či echopraxie, kdy nemocný neustále opakuje táž slova, věty či pohyby, která však nemají smysl. *Stuporózní forma* je pravým opakem. Člověk je utlumený, pasivní, nehýbe se. Dokáže vydržet v jedné poloze do které ho uvedeme i několik hodin, byť je např. naprosto nepřírozená. Tento jev se nazývá *flexibilitas cerea* tj.vosková ohebnost. Může se vyskytovat mutismus, negativismus, neschopnost započít nějakou aktivitu. Tato forma schizofrenie je ale v současné době poměrně vzácná.

F20.3 Nediferencovaná schizofrenie obvykle nemívá vyhraněnou podobu. Zahrnuje symptomatologii více forem a nelze rozhodnout, která je v popředí.

F20.4 je vyčleněna pro *Postpsychotickou depresi*

F20.5 Reziduální schizofrenie je chronický stav po ústupu akutních příznaků. Projevuje se podivínstvím, zanedbáváním sebe i okolí (Češková).

F20.6 Simplexní schizofrenie je typická svým časným a plíživým počátkem a projevuje se izolovaností nemocného od ostatních lidí. Můžeme říci, že se jedná o celkovou psychosociální deterioraci, kdy nemocný nemá zájem o kontakt s ostatními, celé dny tráví v naprosté nečinnosti, o nic se nezajímá. Nemocný je apatický, artistický, nedbá o sebe, není schopen splnit žádný úkol. Postupně jeho osobnost upadá.

1.10 Léčba a resocializace

Schizofrenie je nemoc, která je léčitelná, avšak většinou nedochází k úplnému uzdravení. Používá se kombinace psychofarmatické léčby, psychoterapeutické léčby, dále socioterapie a pochopitelně je důležitá snaha spolupráce ze strany rodiny, snaha zařadit nemocného alespoň částečně do společenského a pracovního života. Psychofarmaka většinou dokáží potlačit některé zejména pozitivní příznaky, ale v určité míře mohou pomoci v odstranění příznaků negativních. Nemocný se často léčbě brání, protože ví, že mu nabourá určitou jistotu, kterou mu jeho bludy a halucinace dávají. Z léčby i z lékařů a jiných odborníků má strach. Proto je třeba skloubit s psychofarmaky i psychoterapii, kdy odborník nemocnému nastíní jeho celkovou situaci, všechna rizika a zhoršení jeho stavu, pokud se nezahájí léčba. Tento odborník by měl rovněž vysvětlit rodině, jak nemoc bude probíhat pravděpodobně bez léčby, jak by se měli jednotliví členové zapojit. Je důležité vysvětlit rodinným příslušníkům, že je třeba udržovat stabilní pozitivní rodinné klima, které ale nebude nemocného nijak dráždit.

Někdy je potřeba zařadit nemocného na chráněné pracoviště. Avšak zaměstnáme li nemocného v jakékoli míře, je to pro něj jednoznačně pozitivní, protože se tím pozvedne jeho sebevědomí. Musíme ale dbát na to, aby nemocný nebyl ani přetěžován, ani aby nezahálel, protože by to mohlo vést k jeho kolapsu.

Co se týká bydlení, je jednoznačně lepší když nemocný žije ve svém přirozeném prostředí s rodinou nežli v nějaké instituci. Pokud to však z nějakých důvodů není možné, je jistým kompromisem chráněné bydlení. To v prostředí připomínající prostředí rodinné.

2 Agresivní chování

Agresivní chování je blízké lidské společnosti přibližně stejně jako říši zvířecí. Jistou dávkou agresivity jsme obdařeni již když se narodíme. Kdyby člověk neměl tuto tendenci, jen těžko by se v životě mohl prosadit, hájit své zájmy, svou rodinu a hodnoty, které uznává. Avšak agresí ovlivňují nejen sklony nám do vínku darované, ale samozřejmě se na tom podílí mnohem více činitelů. Krom genetiky je to dále prostředí, ve kterém vyrůstáme spojené s výchovou a dále zkušenosti, které v průběhu života získáváme. O vymezení pojmů, o druzích agresivního chování, dále o různých teoriích agresivity a všech vlivech podílejících se na agresivním chování se zmiňují v následující kapitole.

2.1 Vymezení pojmů agrese a agresivita

Existuje řada definic, které vymezují pojmy agrese a agresivita. Kdybych měla shrnout podstatu těchto pojmů, bylo by to poměrně složité. Avšak můžeme říci, že agrese je jakékoli útočné, násilnické, destruktivní chování zaměřené proti nějaké osobě, zvířeti či věci. Kdežto agresivita je spíše sklon k takovému chování.

Z řady definic, které můžeme nalézt v odborné literatuře se mi jako nejvýstižnější jevila definice dle Wágnerové. „Agresivní chování lze definovat jako porušení sociálních norem, omezující práva a narušující integritu živých bytostí i neživých objektů. Jde o symbolické nebo reálné omezování, poškozování a ničení. Agresivitu lze chápat jako sklon k takovému chování. Agrese označuje aktuální projev takového chování“ (Vágnerová, 2002).

Agrese (lat. *agressio* = výpad, útok vůči věci či osobě) se tedy projevuje např. napadením, útočným či výbojným chováním, jako projev nepřátelství vůči jinému objektu, úmyslný útok na překážku, osobu předmět stojící v cestě aj. Dále chápeme agresí jako synonymum pojmů brutalita a násilí. Je to chování s cílem fyzicky zranit nějakou osobu či zničit nějakou věc. Kdežto agresivitu (lat. *agressivus* = útočný) chápeme jako jakousi vrozenou tendenci k tomuto chování (pozn. zatímco někoho nevyvede z míry téměř žádná situace, jiného člověka rozčílí každá maličkost).

2.2 Pojmy dále související s agresí

Hněv je typická lidská emoce, která se objeví, jakmile nás či naše blízké něco ohrožuje, omezuje nebo něco neprobíhá podle našich představ. Vyjadřujeme jí nevoli. Nejintenzivnějším stupněm hněvu je *afekt zuřivosti*, nejméně intenzivním je *rozčilení*. Hněv je většinou základním podnětem k agresivnímu chování. Hněv může být známkou toho, že existuje určitý problém. Nahromaděný hněv může být příčinou destruktivního agresivního chování.

Frustrace (lat. frustratio = klamání) je stav, kdy dojde sice k vyvolání nějaké potřeby, avšak nedojde k jejímu uspokojení. Většinou je to z důvodu nějaké těžko překonatelné či nepřekonatelné překážky. Její přetrvávání a stupňování může vést až ke zhroucení jedince. Bývá podkladem k agresivnímu chování, které je vedeno většinou proti překážce nebo vůči náhradním objektům (přenesení agrese). Čili zde je agresivní chování obrannou reakcí organismu. To jak se člověk, v takovéto situaci zachová závisí na jeho frustrační toleranci tj. míra odolnosti k zátěžovým situacím. Je to schopnost se těmito situacemi vyrovnat a vynaložit úsilí k překonání těchto překážek. To ovšem závisí na aktuálním stavu, zkušenostech, vrozených dispozicích apod.

Násilí je jakékoli chování, které působí nebo má velkou pravděpodobnost způsobit ztrádní, újmu, bolest, poškození fyzické či psychické nebo smrt. Může být vedeno proti sobě samotnému či proti někomu jinému. Čermák zdůrazňuje důležitost rozlišení pojmů násilí a agrese, protože agrese je podnětem pro násilí, avšak násilí může být jen jedním z projevů agrese (Čermák, 1999).

Násilné chování je podle Koukolíka agrese, jejímž cílem je krajní poškození oběti, například její zmrzačení až smrt. Také říká, že všechny případy násilného chování jsou agrese, avšak mnohé případy agrese nejsou násilné chování.

Hostilita je negativní postoj, nepřátelství nebo tendence ubližovat lidem okolo. Hostilní člověk má radost, když ostatní lidé trpí, když se jim nedaří a jsou nešťastní. Má tendenci jim ubližovat. Někdy bývá hostilita uváděna jako tendence k agresí, avšak nemusí se pokaždé v agresivním chování projevit.

Asertivita je společensky přijatelná forma agrese, jež směřuje k sebeprosazení jedince, jeho práv, zájmů a cílů, avšak respektuje práva a zájmy ostatních. Asertivní člověk respektuje sociálně uznávaná pravidla a normy, chová se slušně a ohleduplně a nepřekračuje hranice, kde už leží práva druhých lidí. Narozdíl agresivní člověk nepřiměřeně prosazuje své zájmy, neuznává a nezastává práva ostatních, vynucuje si svá práva silou apod.

2.3 Druhy agrese

Existuje celá řada dělení agresivního chování dle různých autorů. Pokusím se uvést ty nejčastěji uváděné.

Rozlišujeme *agresi přímou, nepřímou, verbální a fyzickou*. Fyzická agrese má ublížit někomu jinému a to buď vlastní částí těla či pomocí zbraně. Verbální agrese má druhé osobě ublížit spíše psychicky použitím slovního útoku vůči jinému jedinci. Zmíněné druhy agrese se navzájem prolínají. Přímá agrese může být např. fyzická (kopnutí, facka) nebo verbální (hanlivé oslovení, nadávka). Nepřímá agrese fyzická se projevuje ve chvíli, kdy agresor cítí, že by mohl být sám poškozen. Proto je agrese přenesena na zástupný objekt. Nepřímou verbální agresi představují pomluvy, nevhodné žerty aj.

Podle Čermáka je agrese dělena podle aktivity pasivity na osm typů:

Fyzická aktivní přímá (bití)

Fyzická aktivní nepřímá (najmutí vraha)

Fyzická pasivní přímá (bránění někomu v dosahování cílů)

Fyzická pasivní nepřímá (odmítnutí někomu požadavky)

Verbální aktivní přímá (urážky)

Verbální aktivní nepřímá (pomluvy)

Verbální pasivní přímá (odmítnutí s někým mluvit)

Verbální pasivní nepřímá (nezastat se někoho, jeli kritizován); (Čermák,1999).

Dále můžeme agresi rozdělit podle toho, zdali je orientovaná navenek nebo dovnitř. *Heteroagrese* je zaměřená na jiné osoby(v nejextrémnějším případě vražda). *Autoagrese* je zaměřena na sama sebe (v nejextrémnější situaci je to sebevražda).

Fromm uvádí další dva typy agrese. *Agrese benigní* vzniká za účelem přežití druhu v případě nějakého ohrožení. Je to agrese „obránná“. Pokud už ohrožení není aktuální, zaniká i agrese. Toto chování je biologicky podmíněné a je společné zvířatům i člověku. Kdežto *agrese maligní* je tzv. „zlá“ typicky lidská agrese. Je krutá a destruktivní. Nemá žádný účel, vzniká jen pro radost agresora, pro naplnění a uspokojení.

Někteří autoři dělí dále agresi na *instrumentální* (někdy též zvaná jako agrese vědomě kontrolovaná) a *emocionální* (zlostná, hněvivá, afektivní, hostilní, reaktivní). Instrumentální agrese je prostředkem k dosažení určitého vnějšího cíle. Většinou je plánovaná. Člověk zvažuje různé varianty provedení. Způsob, který si nakonec zvolí závisí na situaci. Důsledky, které jsou způsobeny další osobě či osobám jsou už druhotným efektem. Emocionální agrese se projevuje tak, že se člověk ocitá v návalu hněvu a je jím ovládnut. Zde není agrese prostředkem, jako spíše samotným cílem.

2.4 Teorie agrese

Existuje řada teorií, které se pokouší vysvětlit agresivní chování člověka. Mezi nejznámější patří *teorie vrozené agrese*, jejímž zastáncem je např. K.Lorenz, dále *teorie frustrace - agrese*, kterou obhájí zejména Dollard a dále *teorie agrese jako naučené chování*, kterou zastává zejména Bandura. Dále jsou to např. *faktory prostředí a agrese* a také *agrese jako kombinace vlivů*.

2.4.1 Teorie vrozené agrese

Hlavním zastáncem této teorie je Konrád Lorenz. Tvrdil, že agresivní chování je způsobeno genetickými faktory, které zapřičiňují, že se člověk chová automaticky nepřátelsky vůči druhým (in Hayesová, 1998). Lorenz vytvořil tzv. *hydraulický model agrese*, na kterém vysvětlil, že když se agrese hromadí, vypadá to jako když do nádrže s vodou přikapává po kapkách voda. Ve chvíli, kdy agrese „přeteče“, dojde k jejímu uvolnění, tj. agresivnímu chování. K teorii vrozené agrese se přiklání i Sigmund Freud, který je přesvědčen, že existují dvě protichůdné energie – životodárné a o rozkoš usilující libido a destruktivní instinkt smrti thanatos. Konflikty vyvolané těmito dvěma

silami vedou k rozporům v lidském chování. Příčinou agresivního chování je destruktivní pud thanatos. Lorenz i Konrád zastávají názor, že není dobré když člověk nemá příležitost vybit svou agresi v akci (Suchý, 2007). Podle výzkumů se ale spíše potvrdil opak. Buss a Loew zjistili, že pokud má člověk možnost k trestání a napadání jiných osob, agresivita se nesnižuje, ale spíše naopak vzrůstá (in Hayesová, 1998).

2.4.2 Hypotéza frustrace – agrese

Tato hypotéza v podstatě tvrdí, že agrese je jen reakcí na frustraci, která vzniká, když se nám do naší cesty ke splnění nějakého cíle připlete určitá překážka. V tom případě je agrese zaměřená buď na tuto překážku anebo pokud společenská situace nedovoluje přímo agresi na tuto překážku, dochází k agresi přenesené na „obětního beránka“. Např. muž je pokárán v práci, ale nemůže si svou zlost vybit na šéfovi, takže přijde domů a pohádá se s manželkou, manželka zbije dítě, dítě rozbije hračku. Samozřejmě se agrese zvyšuje s tím, čím významnější pro nás daný cíl byl a čím více sil jsme vložili do jeho naplnění (Dařílek, 1998). Frustraci však mohou způsobit i běžné společenské konvence jako např. čekání ve frontě apod. (Hayesová, 1998). Tuto teorii kritizuje Bandura (1977, in Hayesová, 1988), podle kterého člověk nemusí vždy na frustraci reagovat agresí, jak tvrdí Dollard. Seligmann dokázal (1975, in Nakonečný, 1996), že reakcí na neustálou frustraci může být naučená bezmocnost, pasivita.

2.4.3 Agrese jako naučené chování

Zastánci teorie sociálního učení tvrdí, že je agrese, stejně jako jiné chování, pouze naučenou odpovědí. Tato teorie vychází z toho, že se lidé již od malička učí pomocí nápodoby a pomocí posilování a zpevňování. Dítě či adolescent se naučí chovat agresivně ve chvíli, kdy už se mu to párkrát vyplatilo např. dosáhl tímto způsobem nějaké výhody, svého cíle nebo byl za toto chování odměněn či prostě jen nebyl potrestán. Také se takto nemusel zachovat sám, ale např. viděl ve svém okolí takovýto model chování a převzal jej. Takovýmto modelem mohou být rodiče, příbuzní nebo jinak významné osoby pro toto dítě, ale i modely z médií (televize, počítačové hry aj.).

Bandura se zabýval touto problematikou a udělal známý experiment s panenkou Bobo. Znamý Bandurův a Waltersův experiment z roku 1973 s velkou panenkou Bobo, kterou herec na plátně před skupinou dětí bil a kopal, sice vedl ke zjištění, že se děti k panence chovaly stejně agresivně, ale pokud bychom měli s určitostí konstatovat, že se děti sociálně naučily agresivnímu jednání, měla by nás zajímat jiná věc. Kolik dětí se v horizontu několika let po opětovném setkání s Bobo na nebohou panenku znovu vrhlo a jalo se ji bít a kopat s nezmenšenou intenzitou, tedy s takovou, s jakou před lety v mateřské škole napodobilo herce? Stejně jako tento výzkum i jiné další výzkumy prokázaly, že se dítě začne chovat agresivně, jestliže mělo možnost shlédnout příklad takového chování ve svém okolí. Významné je rovněž posilování. Jestliže se dítě naučí, že jeho agresivní chování mu dopomůže k vytyčenému cíli, je zřejmé, že jej příště použije znovu. Také když člověk vidí, že je za agresivní chování odměněn někdo druhý, naučí se takto také chovat, což je tzv. zástupné posilování (Hayesová, 1998).

2.4.4 Faktory prostředí a agrese

Hayesová uvádí několik vědců, podle kterých má na agresivní chování člověka vliv i jeho prostředí. Člověk se např. agresivněji chová v teplejším, hlučnějším prostředí nebo např. v prostředí přeplněném lidmi, s nedostatkem místa apod. Čili kromě pudů, frustrace a naučeného chování se člověk může chovat agresivně i na základě vnějších faktorů prostředí (1979, in Hayesová, 1998).

2.4.5 Agrese jako kombinace vlivů

Teorie agrese jako kombinace vlivů není v odborné literatuře příliš zpracována. Avšak dalo by se říci, že v sobě sumarizuje všechny výše uvedené vlivy. Neboli říká, že na agresivní chování má vliv kombinace vrozených faktorů, reakcí na frustraci, naučených modelů a scénářů agresivního chování a dále také působení faktorů vnějšího prostředí v němž se nacházíme. Zástupcem této teorie by mohl být Wendt, který vytvořil tři faktory agrese, které v podstatě odpovídají třem hlavním teoriím agrese: 1. určité vrozené podněty, 2. frustrující situace, 3. agrese jako naučená reakce na určité situace.

2.5 Biologické předpoklady agrese

Koukolík uvádí, že častěji a ve větší míře bývají agresivnější spíše muži než-li ženy. Vyšší agresivita a vyšší frekvence násilného chování se u mužů projevu již v předškolním věku a dále se rozvíjí v pubertě.

Pochopitelně u obou pohlaví mají na agresivitu a násilné chování vliv patologické vztahy v rodině. Právě Koukolík podotýká, že lidé, kteří byli sami v dětství zneužíváni či týráni, potom sami v dospělosti selhávají jako rodiče. Ženy se v dospělosti většinou znovu stávají oběťmi např. domácího násilí nebo žijí s partnerem, který rovněž zneužívá či týrá jejich společné dítě. Násilné chování se v rodinách přenáší doslova z generace na generaci.

3 Agresivní chování a schizofrenie

Z výše uvedených kapitol vyplývá, že nemocný schizofrenií se může v důsledku své nemoci a jejích projevů (bludy, halucinace aj.) v určitých pro něj subjektivně ohrožujících situacích (pro běžného člověka jsou tyto situace často zcela běžné až banální) zachovat agresivně a to často k nejbližším osobám ve svém okolí. Ačkoliv agresivnímu chování nemocného se často nevyhne např. ani personál v nemocnici, v psychiatrické léčebně apod. Následující kapitola proto shrnuje všechny dosud zmiňované i ještě neuvedené souvislosti mezi agresivitou a schizofrenií, dále se v této kapitole zaměřuji na legislativu a s ní spojenou zabezpečovací detenci čili laicky řečeno držením v ústavu proti vůli pacienta, právními úpravami a také zde uvádím některé kazuistiky přímo z praxe. Zákonu o zabezpečovací detenci a jeho úpravám věnuji zvláštní pozornost, jelikož se domnívám, že se bezprostředně týká mého tématu. Ze zákona č.129/2008 sb. o výkonu zabezpečovací detence a o změně některých souvisejících zákonů uvádím pokud možno co nejstručněji jeho podstatu, snažím se vystihnout to nejdůležitější z něj, avšak i přes snahu vše zformulovat jasně a zároveň zestručnit, je i tak tato část mé práce poměrně obsáhlá.

3.0.1 Přehled současné psychiatrické literatury o vztahu schizofrenie a agresivního kriminálního chování

V následujícím textu uvádím výtah z literatury, kterou mi poskytl vedoucí mé bakalářské práce MUDr. Švarc, PhD.

Soyka M., Graz C., Bottlender R. et al. v knize Clinical correlates of later violence and criminal offences in schizophrenia uvádí, že analýzou registru 1662 delikventních schizofreniků z let 1990–95 bylo zjištěno, že 10% bylo znovu obviněno z násilného trestného činu do dvanácti let po propuštění (z toho se dopustili 5 vražd). Třikrát častěji to byli muži než ženy. Psychopatologickým prediktorem pozdějšího kriminálního chování podle škály AMDP je anosognoze při propuštění, hostilita během hospitalizace. Prediktorem nižší incidence kriminality po dimisi byl depresivní syndrom.

Cornic F. a Olié J. P. ve své knize *Psychotic parricide* popisují typický profil vraha rodičů. Je to většinou mladý, svobodný, nezaměstnaný muž, chronifikující schizofrenik zneužívající návykové látky, žijící se svou obětí, po vysazení medikace trpící bludy, násilný v akutní fázi, v anamnéze protispolečenské chování, vyhrožování blízkým, suicidální myšlenky, selhávání předchozích pokusů o zdravotnickou pomoc, pokusy o útěk.

V knize *Perpetrators of homicide with schizophrenia: a national clinical survey in England and Wales* poukazují autoři Meehan J., Flynn S., Hunt I. M. et al. na analýza 1594 vrahů z let 1996–1999, která poskytuje následující výsledky. Z daného zkoumaného vzorku bylo 5% schizofreniků, z toho 56% nemělo tuto diagnózu déle než jeden rok. V měsíci před činem byly zjevné psychické změny, zejména bludy.

Na stejném vzorku jako v předchozí studii (n=1594) Shaw J., Hunt I. M., Flynn S. A Meehan J. zjistili, že 34% vrahů bylo psychiatricky diagnostikováno, většina nebyla předtím v kontaktu s psychiatrií, v 5% šlo o schizofrenii, v 10% o přechodnou psychickou poruchu. V 9% rozsudek uznal zmenšenou kriminální odpovědnost (u psychózy) a v 7% přikázal léčení (psychózy). Doživotní vězení dostalo několik pachatelů i přes závažné psych. onemocnění. Popsáno je to v jejich knize *Rates of mental disorder in people convicted of homicide*.

V knize *Homicide by mentally ill: clinical and criminological analysis* autorů Pera S. B. a Dailiet A. bylo analyzováno 99 pachatelů pokusů vražd z let 1998–2000 posuzovaných psychiatricky. Průměrný věk byl 30 let. Diagnózy dle DSM-IV: 37x paranoidní schizofrenie, 2x jiná schizofrenie, 12x porucha s bludy, 7x schizoafektivní porucha, 3x explozivní porucha, 2x depresivní porucha, 2x parafilie, 1x bipolární porucha, 14x mentální retardace, 5x organická porucha (mozkové postižení nebo epilepsie). Na ose II 32x porucha osobnosti (nejvíce asociální, pak hraniční, paranoidní a schizoidní). Neshledán významný diagnostický rozdíl mezi pachateli vraždy a pokusu vraždy. Rizikem stát se obětí psychiatrického pacienta má 1) člen rodiny, 2) známá osoba, 3) neznámá žena.

Valenca A. M. a de Moraes T. M. ve své knize *Relationship between homicide and mental disorders*. Uvedly, že metaanalýza literatury zjišťuje vztah mezi psychickou

poruchou a homicidiem. Nejrizikovější jsou látkové závislosti, poruchy osobnosti a vysazení doporučené medikace.

Agrese v PL Bohnice – analýza mimořádných událostí 2000-2005 Švarc J. a Beránková M. a dále Raboch J. et al. Nemocná duše – nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta uvedly, že analýzou 1093 mimořádných událostí zjištěno, že 152 referuje o násilném chování pacientů (vč. autoagresí). Násilí má v čase vzestupný trend. 77% agresorů byli muži. Diagnosticky to byli nejčastěji psychotici (25%, což je nesignifikantní oproti dalším diagnózám). Agresi nejčastěji opakovali mentálně retardované osoby (až 9x), agresivní události byly rozloženy do pavilonů všech typů.

Appelbaum P. S. v Law & psychiatry: insanity, guilty minds, and psychiatric testimony uvedl Průlomový případ Clark versus Arizona. Adolescentní schizofrenik zavraždil policistu, o němž si myslel, že je mimozemšťan. Soud však neuznal nepřičetnost ani kriminální neodpovědnost, neboť tento blud "interferoval s jeho znalostí, že jde o policistu". Nejvyšší soud toto potvrdil.

Mc Grath M., Oyebode F. v knize Characteristics of perpetrators of homicide in independent inquiries popsali, že 99 pachatelů homicidií v letech 1994-2002 spáchalo 109 homicidií. Nejčastěji šlo o muže schizofrenika zneužívajícího návykové látky; oběti jsou nejčastěji rodinní příslušníci.

Vandame M. J. a Nandrino N. J. v knize Temperament and character inventory in homicidal, nonaddicted paranoid schizophrenic patients: a preliminary study uvedly, že 13 vrahů schizofreniků, testovaných Cloningerovým TCI získalo významně vyšší skóry na škále Self-transcendence.

Joyal C.C., Putkonen A., Paavola P. a Tiihonen J. v knize Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia zmiňují, že vyšší riziko páchaní homicidia mají muži schizofrenici ve srovnání s populací. Významná většina homicidií je důsledek psychotických symptomů. Obětí bývá známá osoba v soukromí. Riziko schizofrenie ještě zvyšuje komorbidní antisociální por. osobnosti, u nichž se pak většinou motivace vražedného jednání nepřikládá psychotickým symptomům, ale většinou abusu alkoholu.

Schanda J., Knecht G., Schreinzer D. et. al.. v knize Homicide and major mental disorders: a 25-year study popisují, jak podíl exkulpací (zbavení viny, ospravedlnění)

pro psychickou poruchu mezi 1087 rakouskými pachateli vražd v letech 1975-1999 byl srovnán podílem psychických poruch v populaci. Bylo zjištěno, že psychické poruchy zvýšily pravděpodobnost homicidia (2x u mužů a 6x u žen), na čemž se podílí exkluzivně schizofrenie a porucha s bludy u mužů. Komorbidní abusus alkoholu (závislost) zvyšuje riziko, ale nemůže plně objasnit homicidalitu nemocných.

V knize *Homicidality in schizophrenia: a replication study* autorů Schwartze R. C., Reynoldse C.A., Austina J.F. a Petersena S. studie testuje prediktory homicidality u schizofreniků regresní analýzou: manické symptomy a abusus látek pozitivně korelují s extrémní homicidalitou, zatímco skór škály globálního fungování negativně. Muži vrazi převládají významně nad ženami. Rizikový je tedy muž schizofrenik s abusem látek či manickými symptomy se zhoršeným "globálním fungováním."

Rassmusen S. a Levander S. ve své knize *Schizophrenia and violence* uvádí, že schizofrenie nezvyšuje riziko homicidia zdaleka tak signifikantně jako časný nástup antisociálního chování, antisociální rysy osobnosti a abusus látek.

V knize *Schizophrenia and violence* pokládají autoři Haller R. a Kemmler G. vztah mezi schizofrenií a násilím pokládají autoři za prokázaný a zkoumají podíl schizofreniků v populaci obviněné za násilnou delikvenci a vraždy. Nejvýznamnějšími prediktory násilí u schizofreniků jsou koexistující abusus látek a non compliance (interpretováno jako společností zanedbaná léčba schizofrenie).

V knize *Excessive violence and psychotic symptomatology among homicide offenders with schizophrenia* autorů Laajasalo J. T. a Häkkänen H. jsou uvedeny analýzy forezních psychiatrických posudků 125 finských extrémních násilníků se schizofrenií a zjišťují jediné významné riziko násilí a to, že útočník není sám. Pozitivní psychotické symptomy nekorelují s násilností.

Autoři Koh K. G., Gwee K. P. a Chan Y. H. ve své knize *Psychiatric aspects of homicide in Singapore* uvádí, že 110 vrahů v Singapuru v letech 1997–2001 (byli to svobodní muži ve věku 20-39 let) jen polovina dostala psychiatrickou diagnózu, nejčastěji závislost na alkoholu, 9% depresi, 6% schizofrenii.

Autoři Erb M., Hodgins S. Freese R. et al. v knize *Homicide and schizophrenia: maybe treatment does have a preventive effect* zjišťují, "zda po implementaci politiky deinstitucionalizace byl zvýšen risk homicidia schizofreniků" srovnáním schizofreniků,

kteří se dopustili (pokusu) vraždy v SRN v letech 1955-1964 se stejně delikventními schizofreniky v německém Hessenu v letech 1992-1996. Schizofrenici v letech 1955-1964 měli zvýšené riziko homicidia 12.7x oproti běžné populaci, zatímco u hessenských schizofreniků v letech 1992-1996 bylo toto riziko zvýšeno 16.6x. Toto zvýšení rizika není statisticky významné a podle autorů tak deinstitucionalizace nepřináší riziko. Tuto interpretaci nechť si každý posoudí sám s vědomím, že autoři mj. vůbec nezohlednili, že srovnávají časové období objevování a zavádění prvních neuroleptik s časovým obdobím moderních antipsychotik.

Četné další studie konstatují zvýšené riziko násilné kriminality jedinců s psychiatrickou poruchou, zejm. schizofreniků a abuzérů látek, jejich sociální dezintegraci a nutnost léčby. To ostatně zdůrazňují závěry všech výše uvedených studií.

3.1 Ochranné léčení a jeho uložení

Ochranné léčení se ukládá, pokud pachatel spáchal trestný čin v nepřítomnosti a proto není trestně odpovědný, avšak je pro společnost nebezpečný. Soud ukládá ochranné léčení i tehdy pokud pachatel trestný čin spáchal ve stavu vyvolaném duševní poruchou a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný. Také je uloženo tehdy pokud pachatel, který zneužívá návykové látky spáchal trestný čin pod jejím vlivem nebo v souvislosti se zneužíváním návykové látky. Ochranné léčení se neukládá, pokud je vzhledem k osobě pachatele zřejmé, že jeho účelu nelze dosáhnout. Ochranné léčení lze uložit vedle trestu anebo při upuštění od potrestání. Podle povahy nemoci se rozhodne zda bude ochranné léčení prováděno ústavně či ambulantně. Pokud byl vedle ochranného ústavního léčení uložen trest odnětí svobody, zpravidla se vykonává ochranné ústavní léčení po nástupu výkonu trestu odnětí svobody. Pokud nelze ústavní ochranné léčení vykonat po nástupu trestu ve věznici, musí se vykonat ve zdravotnickém zařízení před výkonem trestu, pokud se tím lépe zajistí účinek léčení, či ve zdravotnickém zařízení po výkonu trestu nebo po jiném ukončení trestu. Ambulantní ochranné léčení se zpravidla vykonává po nástupu výkonu trestu odnětí svobody ve věznici. Jestliže ambulantní ochranné léčení nelze uskutečnit ve věznici, vykoná se až po výkonu trestu odnětí svobody. Jestliže délka trestu odnětí svobody ve věznici nestačí k plnění účelu ochranného léčení, může

trest rozhodnutím soudu pokračovat dále ve zdravotnickém zařízení, které poskytuje ústavní či ambulantní péči.

Ochranné léčení může soud změnit na ochranné léčení ambulantní a naopak. Ústavní ochranné léčení může být rovněž změněno na zabezpečovací detenci.

Ochranné léčení pokračuje tak dlouho, dokud to vyžaduje jeho účel. Nejdéle to však můžou být dvě léta. Před uplynutím této lhůty se musí rozhodnout, někdy i opakovaně, zda ochranné léčení ukončit či prodloužit. Prodloužení může být zase maximálně na dvě léta. Z ochranného léčení může být chovanec propuštěn, jestliže se zjistí, že ochranné léčení nelze účelu dosáhnout. Pokud se však předpokládá, že by mohl tento člověk na svobodě spáchat nějaký trestný čin, uloží se mu dohled nad jeho chováním a to až na dobu pět let. O propuštění z ochranného léčení rozhoduje soud. Od výkonu ochranného léčení soud upustí, pominou li před jeho započítáním okolnosti, pro něž bylo uloženo.

3.1.1 Změna způsobu výkonu ochranného léčení

O změně způsobu výkonu ochranného léčení na návrh zdravotnického zařízení, státního zástupce, či osoby, na které se ochranné léčení vykonává, anebo i bez takového návrhu rozhoduje ve veřejném zasedání okresní soud, v jehož obvodu je zdravotnické zařízení, ve kterém se ochranné léčení vykonává, umístěno. Tento soud rovněž rozhoduje na návrh zdravotnického zařízení či státního zástupce i o změně ústavního ochranného léčení na zabezpečovací detenci. Proti tomuto rozhodnutí je možné podání stížnosti, které má odkladný účinek.

3.1.2 Propuštění z OLÚ, jeho ukončení nebo jeho prodloužení

Pokud bylo dosaženo účelu ochranného léčení podá zdravotnické zařízení návrh o propuštění z tohoto léčení okresnímu soudu. Rovněž pokud nelze dosáhnout účelu, podá návrh okresnímu soudu o jeho ukončení. Pokud nelze hovořit ani o propuštění ani o ukončení ochranného léčení ve lhůtě dvou let od zahájení ochranného léčení, podá zdravotnické zařízení nejpozději dva měsíce před koncem této dvouleté lhůty návrh o prodloužení ochranného léčení. V návrhu na propuštění, ukončení či prodloužení

ochranného léčení musí být odůvodnění a také uveden průběh a dosažené výsledky, případně odůvodní návrh na uložení dohledu nad chováním osoby, na níž je ochranné léčení vykonáváno. Opět o propuštění z ochranného léčení, o jeho ukončení i s případným uložení dohledu či prodloužení, na návrh zdravotnického zařízení, státního zástupce či osoby, na které je ochranné léčení vykonáváno, anebo i bez tohoto návrhu rozhodne ve veřejném zasedání okresní soud, v jehož obvodu se ochranné léčení vykonává. Proti tomuto rozhodnutí je možné podání stížnosti, které má odkladný účinek.

3.2 Zabezpečovací detence

Zabezpečovací detence vznikla paralelně k ochrannému léčení. Vznikla v důsledku toho, že se v ústavech často pohybují zdravotníci mezi nebezpečnými pacienty bez dostatečné ochrany a jsou vystavováni riziku napadení nemocnými. Také může z ústavu pacient poměrně snadno utéct. Chovanci ZD mají řadu aktivit jako např. terapie, dílny apod. Jsou pod řádným odborným dohledem, a personál je ve větším bezpečí.

3.2.1 Uložení zabezpečovací detence

Zabezpečovací detence je uložena tomu, kdo spáchal úmyslný trestný čin, za jehož závažnost by byl udělen trest, jehož horní hranice by přesahovala pět let, zároveň byl trestný čin spáchán v nepřítčetnosti nebo ve stavu vyvolaném psychickou poruchou. Této osobě nemůže být udělen trest odnětí svobody v důsledku její nepřítčetnosti v době činu či psychické poruchy a současně je pobyt této osoby na svobodě pro společnost nebezpečný. Zároveň se předpokládá, že by jen ochranné léčení k nápravě nestačilo a zabezpečovací detence zajistí lepší ochranu společnosti než trest. Nebo pokud pachatel spáchal trestný čin, který by jinak naplňoval znaky zvlášť závažného trestného činu a z důvodu nepřítčetnosti není trestně odpovědný, jeho pobyt na svobodě je pro společnost nebezpečný a zároveň se předpokládá, že by ochranné léčení se všemi možnostmi působení na pachatele nebylo dostačující. Od trestu se neupustí v případě, že si tento stav pachatel přivodil sám, byť i z nedbalosti, užitím návykové látky.

3.2.2 Trvání zabezpečovací detence

Zabezpečovací detence trvá tak dlouho, dokud to vyžaduje ochrana společnosti. Soud prověřuje minimálně jedenkrát během lhůty dvanácti měsíců, zda okolnosti, kvůli kterým byla zabezpečovací detence uložena, dále trvají. U mladistvých se tato kontrola provádí minimálně jedenkrát během lhůty šesti měsíců. Pokud důvody k uložení zabezpečovací detence pominou ještě před jejím započítáním, upustí se od jejího výkonu. Jinak po polovině uloženého či podle prezidenta republiky zmírněného trestu odnětí svobody může být chovanec propuštěn na svobodu, jestliže svým chováním a plněním svých povinností během výkonu trestu prokázal polepšení a lze očekávat, že v budoucnu povede řádný život či pokud soud přijme záruku za dovršení nápravy odsouzeného. Přitom se také přihlíží k tomu, zda odsouzený nastoupil do výkonu trestu včas a zda nahradil alespoň částečně či zcela nebo jinak odčinil škodu či újmu způsobenou trestným činem. Jestliže odsouzený vykonával před nástupem do výkonu trestu či během něj ochranné léčení, přihlíží se k jeho postoji k tomuto léčení. Ochranné léčení nelze ukládat současně vedle zabezpečovací detence. Detence ale může být uložena samostatně při současném upuštění od trestu či vedle uložení trestu. Zabezpečovací detence může být změněna na ústavní ochranné léčení, pokud pominuly důvody, pro něž byla zabezpečovací detence uložena a zároveň jsou-li splněny podmínky, za kterých může být uloženo ústavní ochranné léčení.

Jedním z výňatků ze zákona je, že kdo maří výkon rozhodnutí soudu či jiného státního orgánu nějakou činností, která má zmařit účel ochranného léčení či zabezpečovací detence, nebo dále např. aby zmařil účel vazby nebo trestu, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta či peněžitým trestem.

3.2.3 Výkon zabezpečovací detence

Jakmile se rozhodnutí o uložení zabezpečovací detence stalo vykonatelným, zašle předseda senátu příslušnému ústavu, ve kterém má být zabezpečovací detence vykonána nařízením o výkonu zabezpečovací detence a rovněž vyzve osobu, které byla

zabezpečovací detence uložena, aby výkon zabezpečovací detence nastoupila. O výkonu zabezpečovací detence musí být vždy vyrozuměn okresní soud, v jehož obvodu sídlí ústav, v němž má být zabezpečovací detence vykonána.

Je-li osoba, které byla nařízena zabezpečovací detence, na svobodě pro své okolí nebezpečná, nebo je-li zde hrozba, že uprchne či je zde jiný závažný důvod k obavám, zařídí ihned předseda senátu její rychlé dodání do ústavu, kde se má zabezpečovací detence vykonat. Jinak má osoba, která má nastoupit výkon zabezpečovací detence, čas jeden měsíc ode dne, kdy nabylo právní moci výše uvedené rozhodnutí, k obstarání svých osobních záležitostí. Je-li osoba, které je zabezpečovací detence uložena, příslušníkem ozbrojených sil nebo bezpečnostního sboru v činné službě, požádá předseda senátu velitele nebo nadřízeného této osoby, aby zařídil dopravení osoby do ústavu pro výkon zabezpečovací detence. Předseda senátu požádá ústav, ve kterém je zabezpečovací detence vykonávána, aby podal zprávu soudu, který o uložení výkonu zabezpečovací detence rozhodl, o započetí zabezpečovací detence. A rovněž požádá ústav, který zabezpečovací detenci vykonává, aby informoval okresní soud, v jehož obvodu se zabezpečovací detence vykonává, pokud pominou důvody, pro které byla zabezpečovací detence uložena. K nařízení výkonu zabezpečovací detence předseda senátu připojí pro potřeby ústavu, v němž se zabezpečovací detence vykonává, všechny důležité dokumenty jako např. znalecký posudek, opis protokolů aj., pokud byly opatřeny a také žádost, aby byla podávána okresnímu soudu zpráva o průběhu a výsledcích zabezpečovací detence.

3.2.4 Změna výkonu zabezpečovací detence nebo upuštění od jejího výkonu

O změně výkonu zabezpečovací detence na ústavní ochranné léčení rozhodne ve veřejném zasedání okresní soud, v jehož obvodu je ústav, ve kterém se zabezpečovací detence vykonává. O upuštění od výkonu zabezpečovací detence před jejím započtím rozhodne soud, který o jejím uložení rozhodl ve veřejném jednání na návrh státního zástupce či osoby, které byla detence zabezpečovací uložena, anebo i bez takového návrhu.

Okresní soud průběžně sleduje plnění výkonu zabezpečovací detence a nejméně jednou za 12 měsíců přezkoumá, zda důvody pro její trvání pokračují. O dalším trvání zabezpečovací detence či o jejím ukončení rozhodne na návrh ústavu, v němž se zabezpečovací detence vykonává, státního zástupce, či osoby, na níž je detence vykonávána, anebo i bez takového návrhu ve veřejném zasedání okresní soud.

Trestní zákon předurčuje jistý rámec výkonu zabezpečovací detence tím, že stanoví, že zabezpečovací detence se vykonává v ústavech se zvýšenou ostrahou a s pomocí léčebných, psychologických, vzdělávacích, pedagogických, rehabilitačních a činnostních prostředků.

Na našem území se zabezpečovací detence bude zavádět jako samostatný typ ústavní léčby. Jeden ústav vzniká v rámci brněnské věznice, druhý ústav v areálu Vidnava, což je bývalý klášter v Olomouckém kraji.

3.2.5 Opatření zakotvená v zákoně

Zabezpečovací detence je soudem nařízená. Zákon č.129/2008 sb. o výkonu zabezpečovací detence a o změně některých souvisejících zákonů označuje osobu ve výkonu zabezpečovací detence názvem chovanec. Hovoří jasně, že zabezpečovací detence musí být vykonávána takovým způsobem, který respektuje lidskou důstojnost chovance, musí minimalizovat prostředky omezující jeho svobodu, ale zároveň musí dbát na dostatečnou ochranu společnosti. Chovanec má právo na zajištění přímého zaopatření v ústavu a to především na stravování, ubytování, ošacení. S chovancem rovněž nesmí být zacházeno takovým způsobem, který by zhoršoval jeho zdravotní stav. Ředitel je oprávněn vydávat taková rozhodnutí a pokyny pro chod ústavu, s nimiž musí být chovanci seznámeni. Rovněž vytváří vnitřní řád ústavu s předchozím souhlasem generálního ředitele Vězeňské služby. Ta vykonává vnitřní ostrahu ústavu. Zpravidla se oddělují muži od žen, mladší 19 let od dospělých a chovanci s duševní poruchou od ostatních. Chovanci mají právo podílet se na řešení otázek spojených s jejich pobytem v ústavu předkládáním návrhů a připomínek podávaných řediteli ústavu. Všichni chovanci mají stejná práva za podmínek a v rozsahu stanoveném ve výše uvedeném zákoně.

3.2.6 Práva a povinnosti chovanců

Co se týče korespondence má chovanec právo na její přijímání a na vlastní náklady na odesílání. Avšak ředitel ústavu může na základě návrhu některého odborného pracovníka rozhodnout o tom, že korespondence od určité osoby nebude chovanci předávána nebo naopak korespondence některému adresátu nebude od chovance doručena. O tom však vždy musí být chovanec předem informován. Pokud důvod pro toto rozhodnutí pomine, je vždy neodeslaná pošta chovanci vrácena a rovněž nedoručená pošta poslána zpět odesilatelci se stručným vysvětlením. Ředitel ústavu je vždy povinen po 6 měsících ode dne rozhodnutí přezkoumat okolnosti vedoucí k pokračování tohoto rozhodnutí i bez žádosti chovance. Pokud je podezření, že se korespondence týká spáchání nějakého plánovaného trestného činu či se týká právě prováděného trestného činu, je vězeňská služba oprávněna seznámit se s obsahem korespondence, zadržít ji a předat orgánu činnému v trestním řízení.

Chovanec může užívat ústavní telefon a ústavní internet. Nesmí užívat vlastní telefon, vysílačku aj. Všechny hovory až na výjimky jsou odposlouchávány (např. kromě hovoru s advokátem aj. viz přesné znění zákona 129/2008sb.) a je o nich vedena evidence (přesný čas hovoru, telefonní číslo příjemce apod.).

Chovanec má právo na návštěvy v rozsahu minimálně dvou hodin dvakrát týdně (ale např. pro návštěvu obhájcem, duchovním aj. není rozsah omezen). Maximálně však mohou chovance navštívit 4 osoby (včetně dětí). Nezletilé děti do 15 let věku musí být vždy v doprovodu dospělého nad 18 let. Návštěvy zpravidla probíhají v přítomnosti vězeňské služby či alespoň odborného zaměstnance. Jestliže chovanec či návštěvník během návštěvy naruší klid, pořádek či ohrozí zdraví či život osob žijících v ústavu, návštěva se přerušuje či úplně ukončí.

Ústav respektuje víru a náboženství chovance a proto pokud je to možné, snaží se vyhovět přáním chovance např. na návštěvu duchovního či na účast na náboženském obřadu. Všechny osoby, které se ale nějak podílí na tomto průběhu musí respektovat právní předpisy. V opačném případě může ředitel ústavu odeprít možnost výkonu duševní služby.

Chovanci mají právo půjčovat si knihy a tiskoviny z ústavní knihovny, dále se také vzdělávat a vykonávat činnosti prospívající pro úspěšné plnění programu. Chovanci mají rovněž právo uložit si peníze do úschovy ústavu a zažádat si jednou za šest měsíců a při propuštění z ústavu výpis o stavu jejich účtu. Mohou využívat ústavní prodejnu k doplňkovým nákupům.

Chovanci mají právo přijmout balíček s trvanlivými potravinami a s věcmi osobní potřeby jednou za tři měsíce o hmotnosti do 5 kg. Ošacení, boty, knihy aj. mohou přijímat bez omezení. Balíčky podléhají kontrole vězeňské služby. Zakládá li obsah balíčku důvodné podezření z trestného přestupku či jiného správního deliktu, pak je balíček či jeho nepředaná část dána do rukou Policie ČR nebo jinému příslušnému orgánu a jde li o podezření ze spáchání trestného činu, pak příslušnému orgánu činném v trestním řízení.

Při umístění do ústavu musí být chovanec srozumitelně seznámen se svými právy a povinnostmi a toto poučení dostane i v písemné formě. Při nástupu do ústavu se musí podrobit osobní prohlídce. Po nástupu je chovanec zařazen do přijímacího oddělení a v průběhu pobytu na tomto přijímacím oddělení je provedena vstupní lékařská prohlídka, kterou zajišťuje ústav.

Osoby přicházející v ústavu do styku s chovanci, musí respektovat jejich práva. Chovanec může podat stížnost. Ředitel je povinen určit okruh oprávněných osob, které tuto stížnost budou vyřizovat. Zaměstnanci Vězeňské služby musí neprodleně o těchto okolnostech informovat opatrovníka chovance, státního zástupce, ředitele ústavu, soudce aj. Dále má chovanec právo na obhájce, který jej bude zastupovat.

Při vstupu chovance do ústavu, se však chovanec vzdává jistých práv, protože jejich výkonem by byl narušován program zabezpečovací detence. Jsou to např. právo na stávku, právo zvolit si dobrovolně svého lékaře či zdravotnické zařízení, právo zakládat politické strany a jiná hnutí apod.

Dále má chovanec samozřejmě řadu povinností, jež musí dodržovat. Je to např. respektování a dodržování pravidel uvedených ve vnitřním řádu ústavu, plnění pokynů zaměstnanců Vězeňské služby a odborných zaměstnanců, dodržování osobní hygieny, chovanec se musí chovat šetrně k věcem jemu svěřeným a nepoškozovat cizí majetek,

neprodleně oznámit zranění či nemoc svou či jiného chovance apod. Vše je podrobně popsáno a přesně formulováno ve výše uvedeném zákoně.

Chovanec nesmí užívat léčiva bez indikace a souhlasu lékaře, nesmí poškozovat na zdraví sám sebe, bez souhlasu ředitele nesmí směřovat, prodávat ani darovat věci, které má v držení v ústavu, hrát hry o peníze, věci, služby či jiné úkony, dále nesmí vyrábět ani konzumovat alkoholické nápoje či jiné návykové látky, kouřit mimo vymezené prostory apod. Pokud chovanec neplní svoje povinnosti je Vězeňská služba oprávněna použít proti chovanci prostředky uvedené v zákoně či ve zvláštním právním předpisu s ohledem na jeho rozumové a osobnostní vlastnosti.

Není-li dále v zákoně stanoveno jinak, řídí se odpovědnost za škodu způsobenou v průběhu zabezpečovací detence podle občanského zákoníku.

Zdravotní péči se zajišťuje v ústavu na základě smluvního vztahu se zdravotnickým zařízením či jeho zřizovatelem, nebo ji poskytuje Vězeňská služba podle zvláštního právního zákonu.

Každý chovanec má právo na zajištěnou stravu, která je odpovídající pro udržení jeho zdraví. Dále má právo na své lůžko, židli a prostor pro uložení osobních věcí. Oděv chovanců je musí odpovídat povětrnostním podmínkám a musí dostatečně chránit jejich zdraví. Chovanec musí mít alespoň osmihodinovou dobu pro spánek v době nočního klidu, určitou dobu pro hygienu, úklid, stravu apod. a také přiměřený volný čas pro sebe. Chovanci poskytuje ústav sociální kapesné, pokud chovanec neměl v období jednoho kalendářního měsíce příjem či jinou hotovost ve výši alespoň 100 Kč. Výše sociálního kapesného činí 100 Kč za jeden kalendářní měsíc.

O přijetí chovance do zdravotnického zařízení poskytující ústavní péči vyrozumí ústav chovancem určenou osobu. Také v případě chovanceva úmrtí musí ústav bez odkladu vyrozumět osobu určenou chovancem.

Ústav se snaží rovněž umožnit přístup orgánům veřejné správy a poskytovat sociální služby chovancům, s cílem pracovat společně na podmínkách pro jejich budoucí samostatný život.

Chovanci u něhož jsou k tomu předpoklady a dovoluje li to jeho zdravotní stav, se umožní získat základní případně středoškolské vzdělání. Nebo se zúčastnit takových forem vzdělání, které mu umožní zlepšit svoji kvalifikaci. Mladistvému chovanci, který

nemá ukončené základní vzdělání, se umožní dokončit základní vzdělání v kurzu pro základní vzdělání. O jeho zařazení do příslušného vzdělávacího programu rozhodne ředitel na základě písemného vyjádření lékaře či psychologa.

Pokud chovanec nebyl zařazen do žádného pracovního programu, může mu být nabídnuta práce přímo v ústavu. Chovanec však musí vykonávat jen takovou práci, která odpovídá jeho zdravotnímu stavu. Za vykonanou práci dostává chovanec přiměřenou odměnu. Chovanci nesmějí pracovat s omamnými nebo psychotropními látkami nebo jedy, nebo s jinými látkami, které by mohli vyvolat zvýšené nebezpečí újmy na zdraví či škody na majetku. Samozřejmě pracovní podmínky chovanců jsou určeny s ohledem na výkon jejich zabezpečovací detence. Do pracovní doby se nezapočítává úklid a jiné činnosti spojené s udržováním ústavu. Chovanec má v ústavu možnost rozšiřovat své dovednosti. Odměňování chovanců za práci se řídí zvláštními právními předpisy, které upravují odměňování odsouzených osob zařazených do zaměstnání ve výkonu trestu odnětí svobody.

Chovanci jsou zařazováni do skupin, které vytváří komise složená z odborných zaměstnanců ústavu na rozhodnutí ředitele ústavu. Komise musí obsahovat alespoň dva lékaře, z nichž jeden musí být psychiatr, dále z psychologa, speciálního pedagoga a právníka. Při zařazování do skupin se přihlíží zejména k pohlaví, věku, zdravotnímu stavu a předchozí trestné činnosti chovanců. Chovanec je zařazen do určitého programu (léčebného, psychologického aj.), kterému se musí podrobit. Pokud by přicházelo v úvahu více programů, může si sám vybrat.

Odborná komise musí alespoň jedenkrát za tři měsíce zpracovat komplexní zprávu o stavu chovance a výsledcích dosažených v programech. Komise se vždy snaží ve zprávě zaměřit na prognózu stavu chovance a na otázku, zda změnit zabezpečovací detenci na ochranné léčení. Ředitel se všech těchto činností účastní.

Pokud odborná komise uzná návrh někoho z odborných zaměstnanců, propustit chovance z výkonu zabezpečovací detence či nechat jej přejít na ochranné léčení, předloží tento návrh řediteli ústavu. Ten pokud se s návrhem ztotožní, podá návrh okresnímu soudu, v jehož obvodu se detence vykonává a pošle vyrozumění státnímu zástupci. Pokud se ředitel ale s návrhem komise neztotožní, neprodleně pošle její zprávu spolu s vlastním stanoviskem okresnímu soudu, v jehož obvodu se detence vykonává.

Pokud chovanec spolupracuje v programu, svědomitě plní všechny povinnosti apod. může mu být udělena pochvala, veřejná pochvala či poděkování, prodloužení návštěv během roku či peněžitá odměna do výše až 1000 Kč.

Kázeňským přestupkem se rozumí, když chovanec poruší některou ze svých základních povinností. Ke kázeňskému přestupku má chovanec právo se vyjádřit. Za kázeňský přestupek může být udělen kázeňský trest např. napomenutí, veřejná důtka, odnětí možnosti účastnit se společenských akcí v ústavu, propadnutí věci apod. Kázeňský trest se neuloží, jestliže už jen domluvou bylo u chovance dosaženo nápravy. Dále také pokud od kázeňského přestupku uplynul jeden rok.

Kázeňský trest propadnutí věci se ukládá v případě, jde li např. o věc, kterou člověk kázeňským trestem nabyt či pokud tato věc byla použita při tomto kázeňském přestupku aj. Propadnutí věci nelze uložit, jestliže hodnota věci značně převyšuje vážnost kázeňského přestupku. Pokud nelze chovanci uložit kázeňský přestupek, může dojít k zabrání věci. Pak je vlastníkem věci stát. Toto musí být však chovanci písemně oznámeno. Kázeňskou pravomoc nad chovanci vykonávají generální ředitel Vězeňské služby nebo ředitelé ústavů nebo jiní zaměstnanci pokud byli zmocněni generálním ředitelem či s jeho souhlasem ředitelem ústavu. Generální ředitel Vězeňské služby rozhoduje v kázeňském řízení pouze o stížnosti proti uložení kázeňského trestu. Chovanec může podat stížnost proti rozhodnutí o uložení kázeňského trestu do 3 dnů. Rovněž proti rozhodnutí o zabrání věci má chovanec právo do 3 dnů podat stížnost proti tomuto rozhodnutí. O stížnosti do 5 pracovních dnů rozhodne ředitel ústavu. O stížnosti proti rozhodnutí ředitele ústavu rozhodne generální ředitel Vězeňské služby. Soudci a zaměstnanci soudu jsou oprávněni navštěvovat chovance, s chovancem projednávat věci i bez přítomnosti třetí osoby a nahlížet do jejich spisů, které souvisejí s výkonem zabezpečovací detence a jejichž znalost je nutná k vedení probíhajícího řízení. Co se týká obecných ustanovení, ředitel je povinen přijmout taková opatření, která zajistí bezpečnost chovanců a dalších osob přítomných v ústavu.

Jestliže chovanec ohrožuje sebe či někoho jiného, je na základě rozhodnutí odborných zaměstnanců odveden na nezbytně nutnou dobu do izolační místnosti. Ta musí mít nejméně 6 m², nesmí obsahovat nic, čím by si chovanec mohl sám ublížit, musí mít jak umělé tak přirozené osvětlení, být přirozeně větratelná, mít možnost

vytápění, oddělené sanitární zařízení a obsahovat nezbytný nábytek a lůžko, umístěné a připevněné tak, aby si nemohl chovanec ublížit. Po dobu pobytu chovance v izolační místnosti mají odborní zaměstnanci zvýšenou péči o tohoto chovance. Taktéž je sledován i kamerovým systémem. Hned po nástupu a dále minimálně jedenkrát během 24 hodin musí být provedena kompletní lékařská prohlídka, na základě které se rozhodne, zda je další držení v izolaci nutné. O pobytu chovance v izolaci je neprodleně vyrozuměn státní zástupce, který má dozor nad výkonem zabezpečovací detence. Pokud má chovanec stanoveného opatrovníka, je vyrozuměn i on. O pobytu v zabezpečovací detenci je vedena dokumentace. V dokumentaci musí být uvedeny důležité informace jako přesný čas a datum příjmu do izolační místnosti a jméno odborného zaměstnance, který o tom rozhodl, dále důvody, které k tomu vedly, projevy v chování z hlediska zdravotního, psychologického a speciálně pedagogického, dále také záznamy o poskytované péči odborných zaměstnanců, dále záznamy o návštěvách lékaře a také záznam o ukončení pobytu v izolační místnosti. V průběhu pobytu v izolační místnosti může odborný zaměstnanec Vězeňské služby rozhodnout o tom, že chovanec bude během povolené procházky neustále pod dozorem Vězeňské služby nebo, že pro ni bude vymezen zvláštní prostor či že bude oddělen od ostatních chovanců.

V případech kdy chovanec ohrožuje sebe či jiné je možné použít omezovací prostředky jako např. pobyt na uzavřeném oddělení, pobyt v izolační místnosti, omezení jeho pohybu použitím ochranných pásů nebo pomocí manuálního držení nebo dále akutním podáváním psychofarmak. Omezovacích prostředků lze použít, nelze-li chovance uklidnit nějakými mírnějšími prostředky, dále pokud nelze z jeho dosahu odstranit příčinu jeho agresivní reakce či pokud je riziko vyplývající z jeho chování příliš vysoké. Lékař rozhoduje o použití omezovacích prostředků pokud se to týká, zdravotního stavu chovance. V ostatních případech rozhoduje ředitel ústavu anebo jím pověřený zaměstnanec. O použití omezovacích prostředků je vedena dokumentace, v níž se uvádí jméno toho, kdo o jejich použití rozhodl, důvody, pro které se omezovacích prostředků použilo, dobu po které se používali aj. O použití omezovacích prostředků musí být vyrozuměn státní zástupce, který je odpovědný za výkon zabezpečovací detence a v případě, že byl chovanci stanoven opatrovník, je vyrozuměn také on. Chovanec u něžž byly použity omezovací prostředky po delší dobu, musí být pravidelně

kontrolován lékařem, mělo by se dbát na to, aby se nemohl nijak zranit, měl by být sledován i kamerovým systémem, mít možnost osobní hygieny a další. Omezovací prostředky musí být použity v nezbytně nutném rozsahu a na nezbytně nutnou dobu a po každé prohlídce musí být stanoveno, zda je jejich další použití nutné či zda lze použít mírnějších prostředků. Použití omezovacích prostředků nevylučuje možnost návštěv. O možném použití těchto prostředků jsou chovanci při přijetí do ústavu poučeni.

Rozhodnutí týkající se zákona č.128/2009 sb. se vždy oznámí buď v přítomnosti osoby, které se toto rozhodnutí přímo týká, či se mu zašle v písemné podobě. K rozhodování o žalobách proti rozhodnutím generálního ředitele Vězeňské služby je příslušný krajský soud, v jehož obvodu má sídlo ústav, ve kterém bylo napadené rozhodnutí vydáno. O stížnosti proti rozhodnutí odborného zaměstnance či zaměstnance Vězeňské služby rozhodne do 30 dnů ode dne doručení ředitel ústavu. O stížnosti proti rozhodnutí ředitele ústavu rozhodne do 30 dnů od doručení generální ředitel Vězeňské služby či jím pověřený zaměstnanec.

V evidenci osob a povinné dokumentaci musí být uvedena řada informací jako např. údaje umožňující totožnost chovance, údaje o průběhu zabezpečovací detence aj. Ke zpracování informací uvedených v této evidenci není nutný souhlas osoby, které se informace týkají. Vězeňská služba rovněž není povinna informovat osobu o obsahu její evidence. Osobní údaje se uchovávají do doby kdy osoba, které se informace týkají, dovrší či by dovršila 80 let nebo alespoň 10 let od změny zabezpečovací detence na ochranné léčení či od propuštění chovance ze zabezpečovací detence. Údaje z evidence osob ve výkonu zabezpečovací detence poskytuje Vězeňská služba např. soudům, státním zastupitelstvím, orgánům veřejné správy aj. Ústav vede dokumentaci, která obsahuje např. vnitřní řád ústavu, komplexní zprávy o jednotlivých chovancích, knihu návštěv aj.

Dozor nad výkonem zabezpečovací detence a nad dodržováním všech předpisů vykonává státní zástupce, krajského státního zastupitelství, v jehož obvodu se zabezpečovací detence vykonává. Při výkonu dozoru může státní zástupce např. navštěvovat v kteroukoliv dobu místa, kde se zabezpečovací detence vykonává, nahlížet do dokladů a hovořit s chovanci bez přítomnosti jiných, kontrolovat, zda všechny příkazy, úkony aj. vězeňské služby jsou v souladu s předpisy, nařídit, aby pokud je

osoba držena ve výkonu zabezpečovací detence nezákonně, byla ihned propuštěna aj. Vězeňská služba musí příkazy státního zástupce bez odkladu provést.

Během výkonu zabezpečovací detence je ústav povinen zajišťovat plynulý přechod chovance ze zabezpečovací detence k samostatnému životu či do ochranného léčení a to ve spolupráci s orgány poskytujícími sociální služby a s orgány sociálně právní ochrany dětí. Těmto orgánům poskytuje ústav potřebné informace a umožňuje jim kontakt s chovancem.

Pokud není chovanec pojištěncem podle zvláštního právního předpisu, hradí mu zdravotní péči Vězeňská služba.

3.2.7 Druhy ochranných opatření

Mezi ochranná opatření patří ochranné léčení, zabezpečovací detence, zabránění věci či jiné majetkové hodnoty a ochranná výchova. Tato opatření mají kladně ovlivňovat duševní, mravní a sociální vývoj mladistvých. Ochranné léčení lze uložit podle výše uvedeného zákona č. 129/2008sb., ostatní ochranná opatření se ukládají podle trestního zákona č. 140/1961 sb.

4 Hospitalizace bez souhlasu pacienta

Hospitalizace bez souhlasu pacienta je v současné době velmi důležitým nástrojem k tomu, jak zabránit agresivnímu chování pacienta se schizofrenií či u osoby pod vlivem návykové látky (alkoholu, drog aj.). Dalo by se říci, že je to v současné době jediný účinný prostředek k tomu, jak předejít hrozivým důsledkům možného chování těchto osob, kdy by mohlo dojít k poškození zdraví či života jak pacienta, tak osob v jeho okolí, k destrukci majetku apod.

Pokud bychom se chtěli dopátrat toho, jak je to vlastně s hospitalizací pacienta bez jeho souhlasu, pomohly by nám následující dokumenty: Listina základních práv a svobod (ústavní zákon č. 23/1991 Sb.), Úmluva o lidských právech a biomedicíně (sdělení MZV č. 96/2001 Sb. m. s.), Občanský soudní řád (zákon č. 99/1963 Sb., v platném znění) a Zákon o péči o zdraví lidu (zákon č. 20/1966 Sb., v platném znění). V následujícím textu je velice stručně nastíněno, co které dokumenty vymezují. Avšak v praxi může být aplikace těchto norem mnohem složitější.

4.1 Listina základních práv a svobod (ústavní zákon č. 23/1991 Sb.)

V listině základních práv a svobod ústavního zákona č. 23/1991 Sb. se dočteme ve čl.8, že osobní svoboda je zaručena. Nikdo nesmí být stíhán či zbaven svobody jinak než stanoví zákon. Tento zákon stanoví, v jakých případech může být osoba převzata nebo držena v ústavním zdravotnickém zařízení bez svého souhlasu. Takovéto rozhodnutí však musí být do 24 hodin oznámeno soudu a ten do 7 dnů rozhodne o tomto umístění. Ve čl. 10 je uvedeno, že každý má právo na zachování své lidské důstojnosti, cti a pověsti a na ochranu svého jména. Dále také, že každý má právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života. Podle čl. 31 má každý právo na ochranu zdraví a na základě zdravotního pojištění na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.

4.2 Úmluva o lidských právech a biomedicíně (sdělení MZV č. 96/2001 Sb. m. s.)

V úmluvě o lidských právech a biomedicíně je ve čl. 5 formulováno, že je možno provést jakýkoli zdravotní zákrok jen za podmínky, že k tomu osoba, které se tento zákrok týká dala dobrovolný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem informována o účelu zákroku a o všech důsledcích a rizicích. Tato osoba může kdykoliv svůj souhlas zase odvolat. Podle čl. 6 u osob nezpůsobilých či neschopných dát souhlas, nesmí být zákrok proveden bez souhlasu jejich zákonného zástupce, úřední osoby či jiné osoby či orgánu, který je k tomu zmocněn. Názor nezletilé osoby bude zohledněn úměrně k jejímu věku a stupni vyspělosti. Podle čl. 7 zákrok může být proveden bez souhlasu u osoby, která má závažnou duševní poruchu a tento zákrok je jediný, který může zabránit tomu, aby bylo narušeno její zdraví. Podle čl. 8 je možné provést jakýkoliv nutný lékařský zákrok bez souhlasu v případě nouze pokud je to nezbytné pro prospěch zdraví osoby. Podle čl. 26 výjimky tvoří opatření nezbytná v demokratické společnosti v zájmu bezpečnosti veřejnosti, předcházení trestné činnosti, ochrany veřejného zdraví nebo ochrany práv a svobod jiných, které stanoví zákon. V ČR jsou to ústavní ochranné léčení, pozorování duševního stavu v ústavu či ústavní ochrannou výchovu.

4.3 Občanský soudní řád (zákon č. 99/1963 Sb., v platném znění)

§ 191a) Jak už bylo zmiňováno dříve, každý ústav je povinen podle občanského soudního řádu oznámit do 24 hodin soudu, v jehož obvodu ústav vykonává svou funkci, převzetí každého, kdo v něm byl umístěn bez svého souhlasu. Pokud osoba, která dala k hospitalizaci svůj dobrovolný souhlas, je omezována ve volném pohybu či ve styku s vnějším světem až v průběhu léčby, musí tato omezovací opatření ústav rovněž oznámit soudu do 24 hodin.

§ 191b) Soud zahájí řízení o přípustnosti převzetí do ústavu a dalším držení v ústavu, pokud převzetí a držení nenařídil již soud v jiném řízení. Umístěný má právo

nechat se zastupovat zástupcem, jehož si zvolí a má také právo, pokud to jeho zdravotní stav dovoluje, být o tom a také o všech svých procesních právech a povinnostech poučen. Nezvoly si umístěný zástupce sám, přidělí mu předseda senátu opatrovníka pro řízení z řad advokátů. Soud musí provést potřebné důkazy k posouzení, zda k převzetí došlo ze zákonných důvodů a vyslechne jak umístěného tak ošetřujícího lékaře. Zde jak MUDr. Jiří Švarc, PhD. ve svém článku *Psychiatrie pro Praxi*, 2008; 9(2): 93–95 podotýká, nastávala donedávna paradoxní situace, kdy byl lékař vyslýchán avšak zároveň podle občanského soudního řádu být vyslýchán nesměl. Podle § 124 občanského soudního řádu totiž dokazování je třeba provádět tak, aby byla šetřena zákonem stanovená povinnost mlčenlivosti. V těchto případech lze provést výslech jen tehdy jestliže vyslýchávaného zprostil povinnosti mlčenlivosti ten, v jehož zájmu má tuto povinnost. Ošetřující lékař nebyl zbaven povinné mlčenlivosti v detenčním řízení. Avšak podle novely definice povinné mlčenlivosti zákona č.111/2007 sb. (platného od 15.5.2007) zdravotnický pracovník není vázán povinností mlčenlivosti pro řízení před soudem, pokud je předmětem řízení spor mezi ním a pacientem. Opět do 7 dnů soud usnesením rozhodne, zda li došlo k převzetí osoby bez jejího souhlasu ze zákonných důvodů.

§ 191c) Usnesení se doručí nemocnému, pokud ovšem podle ošetřujícího lékaře je schopen pochopit obsah zprávy, v opačném případě je usnesení doručeno zástupci či ústavu. Odvolání proti tomuto usnesení nemá odkladný účinek. Odvolat se může ústav, pokud bylo v usnesení řečeno, že držení neproběhlo ze zákonných důvodů. Ústav může umístěného propustit, i když soud dospěl k usnesení, že byl převzat do péče ze zákonných důvodů. §

191d) Pokud soud vysloví, že držení v ústavu bylo oprávněné a nemocný je dále omezen ve styku s vnějším světem, jedná soud o přípustnosti dalšího držení v ústavu. Nemocný musí být zdravotně vyšetřený znalcem, který posoudí, jestli je další držení v ústavu s omezením styku s vnějším okolím nutné či ne. Tento znalec nemůže být lékařem v ústavu, kde je umístěný držen. Soud nařídí řízení, ke kterému přizve nemocného (pokud je schopen vnímat význam jednání) a jeho zástupce. Dále soud vyslechne znalce a případně provede další důkazy. V rozsudku, který musí být vyhlášen do 3 měsíců od prohlášení o přípustnosti převzetí do ústavu, musí být uvedeno, zda další

držení je nutné a na jakou dobu. § 191e) Účinnost rozhodnutí soudu zaniká uplynutím jednoho roku, pokud nebyla určena lhůta držení nemocného soudem kratší. Pokud má být lhůta prodloužena nad tuto dobu, je nutné provést nové vyšetření a soud musí o dalším držení v ústavu znovu rozhodnout. Rozsudek soudu nebrání ústavu propustit pacienta před uplynutím uvedené doby. § 191f) Umístěný, jeho zástupce, opatrovník a osoby jemu blízké mohou ještě před uplynutím doby, do které je držení přípustné, žádat o nové vyšetření a rozhodnutí o propuštění, je-li odůvodněna domněnka, že další držení v ústavu není důvodné. Zamítne-li soud opakovaně návrh na propuštění a nelze-li očekávat zlepšení stavu umístěného, může rozhodnout, že nebude konat další vyšetřování před uplynutím doby, po kterou bylo držení v ústavu povoleno. § 191 g) Náklady řízení hradí stát, vyjímaje právního zastoupení neustanoveného soudem.

4.4 Zákon o péči o zdraví lidu (zákon č. 20/1966 Sb., v platném znění)

Dle zákona o péči o zdraví lidu v § 23 (1) je lékař povinen informovat nemocného i členy rodiny o povaze nemoci a o léčbě tak, aby mohli být aktivními spolupracovníky na léčebně preventivní péči. (2) Vyšetřovací a léčebné výkony mohou být provedeny se souhlasem nemocného nebo pokud se tento souhlas dá předpokládat. Pokud pacient odmítá i po náležitém vysvětlení lékařskou péči, vyžádá si lékař písemné prohlášení o tomto odmítnutí tj. revers. Jestliže je nutné provést vyšetřovací či léčebný úkon k záchraně života či zdraví dítěte nebo osoby, která byla zbavena způsobilosti k právním úkonům a rodič či opatrovník nesouhlasí s provedením úkonu, může lékař rozhodnout o jeho provedení. Toto ustanovení se týká dětí, které vzhledem ke své rozumové vyspělosti ještě nemohou posoudit důležitost provedení takového úkonu. Je možné provést léčebný či vyšetřovací úkon bez souhlasu nemocného, a to i umístění do ústavní péče, jde-li o nemoci, vymezené zvláštním předpisem, které vyžadují povinné léčení, dále b) jestliže osoba jevící známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí, c) není-li možno vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné úkony nutné k záchraně života či zdraví, d) jde-li o nosiče (dle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů), v § 24 zákona o péči o zdraví lidu je také uvedeno, že převzetí nemocného

bez jeho písemného souhlasu do ústavní péče je zdravotnické zařízení povinno do 24 hodin oznámit soudu, v jehož obvodu má sídlo. Převzetí se soudu neoznamuje, jestliže nemocný dodatečně ve lhůtě 24 hodin souhlasil s ústavní péčí.

4.5 Zákonná kritéria nedobrovolné psychiatrické hospitalizace

Dle listiny základních práv a svobod, která uvádí obecné principy a odkazuje na zákon a na právo na ochranu zdraví, lze toto chápat i jako právo na nedobrovolnou hospitalizaci, pokud chrání zdraví. Úmluva o lidských právech a biomedicíně uvádí, že osoba s vážnou duševní poruchou může být podrobena zákroku bez svého souhlasu pokud je zákrok zaměřen na léčbu její duševní poruchy, pouze v případě, že by bez takovéto léčby se vši pravděpodobností došlo k závažnému poškození jejího zdraví a dále jakýkoliv nutný lékařský zákrok nezbytný pro zdraví lze provést okamžitě.

4.6 Kazuistiky PL Bohnice – ukázka agresivity a schizofrenie v praxi

V následujícím textu opět pracuji s materiálem poskytnutým MUDr., Jiřím Švarcem, PhD. Jsou to stručně upravené kazuistiky PL Bohnice. Jde o vrahy psychiatricky vyšetřené (většinou hospitalizované) již před vraždou, ani to však nezabránilo vraždě.

1. kazuistika D. Ř., narozen 1977

Nevyučený, zdravý, svobodný muž, experimentoval s opiáty. Bizarnosti v chování se vyskytovaly od 20. roku života (3 roky před deliktem). Uzavíral se, přestal se mýt i holit, byl přesvědčen, že žije v keltské době, matka je jeho manželkou, rozmlouval sám v pokoji, vyházel nábytek, podlahu pokryl listím. Byl agresivní vůči rodičům kritizujícím toto chování. Rodiče jej hospitalizovali pod záminkou "očkování proti tyfu". Po léku Haloperidol zažil NÚ, z PL utekl, žil rok mimo domov. Po návratu domů ve svých 23 letech ubil matku kladivem, což viděl jako jediné východisko před hrozbou hospitalizace. V ochranném léčení ústavním je nekritický, agresivně reaguje na jakýkoli pokus o farmakoterapii, nemluvný, obsedantní, zároveň neschopen základní hygieny. Zbaven svéprávnosti, plný invalidní důchod. Nepropustitelný.

2. kazuistika K. D., narozen 1954

Muž s epilezií od 10 let věku, jinak zdrav. Vystudoval gymnázium, pracoval jako kreslič. Svobodný, bezdětný. Od 27 let opakovaně psychiatricky hospitalizován pro chronickou paranoidní schizofrenii a psychopatii. Cítil se „v kontaktu se zesnulým otcem, slyšel jeho hlas, který ho uvedl do posmrtného života a ukázal mu záhrobní“. Před deliktem mu dával znamení. Slyšel hlas sestry. Ve věku 37 let matce vysvětlil, že se bude mít dobře a na chodbě domu matku 9 ranami ubodal, nelituje toho, udělal spásný čin a zbavil se hříchů. V ochranném léčení ústavním míval auditivní imperativní halucinace (otec mu radí zabít dalšího člověka). Choval se agresivně (udeřil popelníkem spolupacienta, útočil na ošetřovatele). Den desátého výročí zabití matky nekriticky "oslavil". Trvale hospitalizován na chronickém oddělení.

3. kazuistika P. K., narozen 1940

Rodiče se rozvedli a od 6 do 15 let byl v dětském domově. Vyučen truhlářem. Svobodný, bezdětný. Premorbidně schizoidní, oploštělý, klackovitý, agresivní (defekt). V 16 letech poprvé hospitalizován pro simplexní schizofrenii, opakovaně léčen inzulinovými komaty. Asymetrie dominantních alfa aktivit na EEG. Okrádal staré lidi o drobné, vykrádal chaty. Absolvoval ochranné léčení ústavní. Objevily se bludy, že udělá elektřinu, postaví letadlo, uletí na západ, bude vládcem světa, mafie jej použije k bankovní loupeži aj. Přítomny neologismy, inkoherece. Demoloval byt. Necítil se nemocen, studoval astrologii. Ve svých 39 letech ukopal, uškrtl prádelní šňůrou a ubil sousedku, které nosíval uhlí a půjčoval si od ní 20 Kč (a do té doby vracel po důchodu), neboť tentokrát mu nechtěla půjčit. Následujících 25 let vykonával další OLÚ, spolupracující, klidný a v 61 letech byl propuštěn do ÚSP na Plegomazinu 100mg/d.

4. kazuistika P. Ř., narozen 1966

Ve škole býval nepořádný, vystudoval matematicko-fyzikální gymnázium, VŠ stavební nedokončil, pak 4 semestry VŠE, selhal. Je v plném invalidním důchodu,

svobodný. Schizoidní, strach ze sexuality. Od 18 let třikrát hospitalizován pro paranoidně perzekuční bludy, popisoval ve stížnostech mnohým institucím že Bill Gates při vývinu software chtěl vidět rozčtvrcenou ženu, jinak by sem poslal raketu, proto dostal bratr pacienta pokyn od StB, aby ji rozčtvrtil, pacientovi se nepovedlo v tom bratrovi zabránit. Je proti němu veden bakteriální útok, proto má bolesti kloubů a jiné somatizace. Bratr mu lila v dětství do ucha bakterie. Opakovaně se pokusil o sebevraždu. Chtěl ukončit tělesné útrapy způsobené bratrem. Z této motivace ve svých 39 letech zabil matku a otce opakovanými bodnými ranami do hrudníku, matce oddělil dolní končetinu, aby ji lépe unesl, obě těla zakopal na zahradě. V chorobopisech již předtím zmínky o nebezpečí zkratového jednání. Rodiče i písemně projevovali obavy o život po jeho opětovném propuštění na reverz. Zabití otce příliš nelituje, protože otec na něm v dětství na pokyn CIA zkoušel bojovou látku ničící mozek a v 17 letech jej otec zneužil, při sebeobraně „zlomil otcí penis“. Zabití matky lituje, ale zachránil ji. Zabití rodičů mu od bolestí pomohlo jen málo. Zná lidi, kterým se to stalo také, ale jim do bytu zabitých rodičů dali jiné lidi. V době činu měl užívat p.o. risperidon a depotní oxyprothepin, ten se však přestal vyrábět, měl být převeden na flupentixol, dostal zpočátku ½ amp., projevil se to zhoršením stavu, navíc se před činem intoxikoval benzodiazepiny. V ochranném léčení ústavním je klidný, nekritický k duševní poruše (domnívá se, že znalce přelstil svými znalostmi psychoanalytické literatury), akceptující megadávky antipsychotické medikace (depotní a atypické), které však psychopatologii příliš neovlivňují (agenti se už tolik neozývají, na bolesti si stěžuje méně). Prognóza je dlouhodobá hospitalizace.

5. kazuistika J. Š., narozen 1977

Matka schizofreniformní učitelka. V 18 letech proběhl první konflikt se zákonem ve formě vykrádání sklepů. Vystudoval VŠE, v zaměstnání selhával pro aroganci a hrubé chování. Známosti s 2 dívkami neudržel, protože se choval násilně. Je svobodný, bezdětný, žil s matkou, na kterou byl fixován. Experimentoval s pervitinem, extází, marihuanou. Prostřední bratr zemřel za přítomnosti pacienta při jízdě na motorce. Po jeho smrti kontakt s psychologem. V 29 letech přišel sám do léčebny, protože "nevěděl kudy kam, hledal Boha, měl pocit, že jeho život nestojí za nic", později (z paranoidní

motivace) odmítl hospitalizaci, byl popsán jako "psychotický, bez známek agrese". K ambulantní terapii se již nedostavil. Záhy ještě opakovaně vyšetřen záchranou službou pro "infarkt" i jiné hypochondrismy. V 29 letech zabil kočku, nechal ji matce doma na stole i s nápisem od krve. Hospitalizován na psychiatrickém oddělení, odešel na revers. Záhy (v 29 letech) se cítil být pokořován starším bratrem, žárlil, viděl symboly, zabil bratrova psa a druhý den ubil bratra baseballovou pálkou. Odjel do Izraele, tam zadržen, ve vazbě se pokusil suicidovat. Jde o paranoidní schizofrenii u osobnosti dissociální, egocentrické. Při antipsychotické medikaci atypiky je bez floridních příznaků psychózy.

6. kazuistika M. P. narozen 1972

Nedokončil SOU, vyučen, schizoidní, příklon k sektám. První psychiatrická hospitalizace v jeho 24 letech pro vztahovačnost, mizení energie, cenestopatické hal., kamarád se mu napojil na genitál a konečník. Diagnóza psychózy při hospitalizaci bezdůvodně změněna na organické poškození, antipsychotika vysazena, propuštěn s nootropiky. Psychotické symptomy trvají, nedbá doporučení ambulantního psychiatra k hospitalizaci, v 26 letech zabil vidličkou otce a psa a vážně poranil matku, všechny považoval za astrální obludy. Tvrdil, že ho v dětství zneužili, souložili s ním, říkali mu „ty malý prasáku“. Nyní je dlouhodobě v ochranném léčení ústavním, medikován velkými dávkami depotních antipsychotik, patrný defekt osobnosti, chování explozivní, pobírá plný invalidní důchod, je navštěvován matkou. Jeví se nepropustitelný.

7. kazuistika L.V., nar. 1978

Babička a prababička léčeny pro schizofrenii. Míval snížené známky z chování. Rozmanité zájmy, běžné vztahy. Na gymnáziu neodmaturoval pro psychické problémy. Experimenty s marihuanou a halucinogeny. Před činem od 17 let hospitalizován v krizových centrech a léčen v ambulanci, užíval risperidon. V 19 letech jej vysadil, kouřil THC, přišel z koncertu U2, byl ve zvláštním stavu nirvány, osvíceně viděl, co si lidé myslí, v babičce najednou viděl d'ábla, nebyla to podle něj ona a začala jej prý napadat - babičku ubil pěstmi, když byla mrtvá, bodal do ní šroubovákem asi 20 minut. Šel se udat na policii. Při přijetí do ochranného léčení ústavního logorea, neklid, labilita. Adaptoval se, udržoval kontakty s rodinou. Psychotickou produkci přiznal na konci

hospitalizace. Propuštěn po 2 letech na kombinaci fluspirilenu, olanzapinu, sertralinu a karbamazepinu. Po přeměně ochranného léčení ústavního na ambulantní následovalo 5 hospitalizací (vždy iniciovaných pro dlouhodobou neúnosnou agresi v rodině. Prognóza: chronifikující onemocnění s častými hospitalizacemi.

8. kazuistika P. M., nar. 1984

Otec a řada dalších příbuzných schizofrenici, matka smíšená porucha osobnosti, byla i obviněna ze zanedbání péče a shledána sniženě přičetnou, přesto je opatrovnící. Hospitalizován opakovaně od 14 let pro poruchy chování s agresi vůči matce (incestní vztah). Vyhazoval věci z okna, demoloval byt, napadal matku (která se od něj odstěhovala a pouze mu nechávala ve schránce jídlo a 70 Kč denně) a vyhrožoval řediteli výchovného ústavu, který mu prý v dětství ublížil. Během hospitalizace kolísání stavu od klidné dissimulace po agresivní psychotické raptury. Napadl bezdůvodně paralyzovaného spolupacienta a způsobil mu frakturu, později bil a napadal další slabší pacienty, pak zabil pět spolupacientů. V té době medikován haloperidolem 23mg/d a lithiem. Ochranné léčení uloženo po 2 letech. Nezapojuje se do žádného programu, nekomunikuje, bezostyšně masturbuje, provokuje pacienty k sexuální aktivitě, při návštěvách matky jí nadává, plive na ni, „vyšetřuje“ ji na prsou, dochází k sexuálním kontaktům, což si ona nechává líbit, proto konflikty s personálem, po nichž podává stížnosti na ministerstvo. Navyšování haloperidolu bez efektu, nastavení 500 mg klopazepinu přineslo relativní zklidnění. Prognóza je: adept na ústav zabezpečovací detence.

9. kazuistika L.D, nar. 1976

Na ZŠ se zhoršil prospěch i chování, oddal se užívání všech dostupných látek, následovaly výkony trestu a psychiatrické hospitalizace, od jeho 22 let floridní psychóza. Šestkrát hospitalizován s duální diagnózou schizofrenie a zneužívání návykových látek, šestkrát trestán, k dispozici 6 posudků. V 29 letech při pobytu na otevřeném chronickém oddělení byl léčen depotním flupentixolem a p.o. risperidonem, ale usmrtil spolupacienta nitrožilní aplikací benzínu. V ochranném léčení ústavním je

apatický, pomalý, sluchové halucinace. Nevýpravný, rozbíhavý, vztahovačný; intelektové a mnestické funkce podprůměrné. Osobnost defektní, dissociální, nezdrženlivá, nezralá, polymorfně závislá.

10. kazuistika J. S., nar. 1979

Od dětství schizoidní, bez potíží zvládl ZŠ, dopravní učiliště a vojnu. Pracoval jako lodník, práci ukončil rok před činem. Opíjel se, experimentoval s THC, navštěvoval prostitutky. Schizofrenie se rozvíjela řadu měsíců před deliktem, zejména negativní symptomy. Rodina to nejdříve skrývala a později se snažila vyhledat pomoc ambulantního psychiatra, kam jej vozila matka, naposled 3 dny před činem. Schizofrenie byla zjevná pro floridní psychotické projevy: "byl připraven o dědictví", byl okraden, má zvláštní sexuální identitu aj. . Psychiatr popsal nekritičnost a anosognosi, doporučil risperidon, který pacient neužíval a hospitalizaci, ale ne bez souhlasu. Rodiče připomínají nutnost léčby u psychiatra, proto se rozhodl je oba zabít. Alkohol ani drogy nepožil. Po obědě přemýšlel, že vidličku otci píchne do oka. Pak mu jako lepší přišlo použít nervový plyn a vstříkl jej otci přímo do obličeje a kuchyňským nožem ubodal otce mnoha ranami zejména do krku. Otec na místě zemřel. Mnohočetnými ranami pobodal matku, přerušil jí míchu (matka přežila, odpustila navštěvuje pacienta na vozíčku). V dopisech bratrovi z vazby sděluje, že mu dávají ve vězení otrávené jídlo, radí, aby nakazil své děti a tím je imunizoval proti lékům. Mimo schizofrenie přítomna i porucha osobnosti schizoidní a paranoidní, IQ 87, dissimuluje. Uloženo ochranné léčení. Zpočátku nezvladatelnost a útěkové tendence. Po roce zklidněn kombinací incizivní depotní a atypické medikace. Další 4 roky zvládá v otevřeném režimu, semipsychotický, semikritický, s občasnými autoagresemi a drobnými agresemi. Schopnost dimise neočekáváme.

ZÁVĚR

V této práci jsem se zabývala souvislostí mezi agresivním chováním a schizofrenií. Agresivní chování je určitý projev člověka. To jak se člověk zachová v té, které situaci záleží, jak bylo zmíněno již dříve v textu, na mnoha faktorech. Schizofrenie je duševní onemocnění, ne příliš známé etiologie. Jisté předpoklady k tomuto onemocnění může mít kdokoli z nás. Nemoc propuká u každého jedince v nestejném období. Vlivů na toto onemocnění, faktorů a spouštěčů tohoto onemocnění je velká řada. Nelze tedy vyřknout s jistotou zda musí nutně platit, že každý schizofrenik je agresivní, ani že každá osoba se schizofrenií bude mít větší sklony k agresivnímu chování, než-li intaktní jedinec. Avšak z praxe (viz. kazuistiky) můžeme vidět, že pokud se schizofrenie neléčí, může vést ke konfliktu nemocné osoby s okolím, kdy může dojít k ohrožení zdraví či života jak schizofrenika, tak jeho okolí (většinou jeho nejbližších). Ale v podstatě může být otázkou, jestli nevede každá jiná duševní nemoc, pokud je neléčená k takovému chování anebo jestli nevede vůbec jakákoliv neléčená nemoc (nejen duševní), která tedy vytváří nezdravé prostředí pro osobu, která je nemocná a tedy nemocí je potlačováno zdraví, určitý komfort a pohodlí člověka, k agresivním projevům, jakožto obrana člověka před takovýmto stavem.

Jak bylo řečeno v úvodu, je tato práce spíše podrobně uspořádaným přehledem řady poznatků vážících se k tématu. Je to jakýsi průřez podstatnými oblastmi, které již ale někdo prozkoumal. Tato práce nemá vlastní výzkumná data. Neznamená to však, že by nebyl možný nebo že by nebyl plánovaný. Je řada věcí, týkajících se tohoto tématu, které by stálo za to více rozebrat, přispět vlastními poznámkami a studii. V budoucnosti je plánováno tuto práci rozšířit a udělat vlastní výzkum.

Věřím, že tato práce bude pevnou konstrukcí pro plánovaný výzkum a doufám, že přispěje k objasnění oblastí, které by neměli být opomíjeny. Ať už vnímáme agresivní chování osoby se schizofrenií jako speciální pedagog, psycholog či lékař nebo jako přímý rodinný příslušník, měli bychom mít na paměti jak práva nemocné osoby, tak práva svá i ostatních. Měli bychom si být vědomi rizik, která s sebou nese neléčená schizofrenie, jak pro nemocného tak pro nás a okolí a měli bychom se snažit dozvídat se

nové informace o formách a projevech nemoci, o možnostech „léčby“, nebo spíše mírnění symptomů a prevence dalšího možného rozvoje nemoci. Nikdo by neměl podceňovat symptomy jako např. změny ve vnímání, chování a prožívání osoby. Každý by si měl být vědom toho, že duševní zdraví je stejně důležité udržovat a chránit, jako zdraví fyzické. A proto stejně jako když máme chřipku a navštívíme praktického lékaře, měli bychom i při známkách duševní nepohody navštívit odborníka.

Literatura a prameny

- BAŠTECKÝ, J. *Psychiatrie, právo a společnost*. Galén, 1997. ISBN 880-85824-45-0
- ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*. Jessenius Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-056-9
- EDELSBERGER, L. *Defektologický slovník*. Nakladatelství H & H Vyšehradská, s.r.o., 2000. ISBN 80-86022-76-5
- FIŠAR, Z., JIRÁK, R. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. Grada, 2001. ISBN 80-247-0061-1
- FROMM, E. *Anatomie lidské destruktivity. Můžeme ovlivnit její podstatu a následky?* Nakladatelství Lidové noviny, 1997. ISBN 80-7106-232-4
- HALASOVÁ, K. *Zabezpečovací detence*. Diplomová práce. Masarykova Univerzita, Právnická fakulta, Katedra trestního práva, 2008.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, s.r.o. Praha, 2000, 2004. ISBN 80-7178-303-X
- HÖSCHL, C. a kol. *Psychiatrie. Učebnice pro vyšší zdravotnické školy*. Scientia medica, 1997. ISBN 80-85526-64-6
- JANATA, J. *Agrese, tolerance a intolerance*. Grada, 1999. ISBN 80-7169-889-X
- JANÍK, A., Dušek, K. *Diagnostika duševních poruch*. Druhé přepracované vydání. Praha : Avicenum, 1974, 1987.
- KAŠPÁRKOVÁ, J. *Detence a detenční řízení*. Rigonózní práce. Masarykova univerzita, Právnická fakulta, Katedra občanského práva, 2006.
- KOUKOLÍK, F., Drtilová, J. *Vzpouora deprivantů. Nestvůry, nástroje, obrana*. Nové přepracované vydání. Galén, 2006. ISBN 80-7262-410-5
- LIBIGER, J. *Schizofrenie*. Psychiatrické centrum Praha : klinická báze 3.lékařské fakulty UK, 1991. ISBN 80-85121-113-1
- PREISS, M., KUČEROVÁ, H. a kol. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Grada, 2006. ISBN 880-247-1460-4
- RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie minimum pro praxi*. 4. vydání. Triton, 2006. ISBN 80-7254-7746-1

- RAHM, E., MAHNKOPF, A. *Psychiatrie. Učebnice pro studium a praxi*. Grada, 2000. ISBN 80-7169-964-0
- SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací*. Praha : Maxdorf, 1996.
- SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE ŽENEVA. *Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum*. Praha :Psychiatrické centrum, 1996.
- STERNBERG, R. *Kognitivní psychologie*. Praha : Portál, s.r.o., 2002. ISBN 80-7178-376-5
- SVOBODA, M.(ed.), Češková, E. *Psychopatologie a psychiatrie*. Portál,s.r.o., Praha 2006, ISBN 80-7367-154-9
- ŠVARC, J. *Legislativní problematika ochranného léčení*. Justiční aktuality. 2006;2 (1):3-4.
- ŠVARC, J. *Agrese v PL Bohnice – analýza mimořádných událostí 2000-2005*. In Raboch J. et al. *Nemocná duše – nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta*. Praha : Galén, 2006: 245-246.
- ŠVARC, J. VONÁSKOVÁ, J. *Zdravotnické výkony a hospitalizace bez souhlasu - 1. část*. Zdravotnické noviny. 2007; 56 (15):23-26.
- ŠVARC, J. VONÁSKOVÁ, J. *Zdravotnické výkony a hospitalizace bez souhlasu - 2. část*. Zdravotnické noviny. 2007; 56 (16):24-25.
- ŠVARC, J. *Aktuální právní problémy psychiatrie*. Česká a slovenská Psychiatrie. 2007;103 (8)S2:29-30.
- ŠVARC, J. Bakešová D. *Jaká medikace zabrání vraždě*. Psychiatrie 2008;12 (S1): 39-40.
- ŠVARC, J. *Psychiatrická hospitalizace bez souhlasu 1*. Psychiat. pro praxi, 2008; 9(2):93-95.
- ŠVARC, J. *Psychiatrická hospitalizace bez souhlasu 2*. Psychiat. pro praxi, 2008; 9(3):148-150.
- ŠVARC, J. *Ukládání zabezpečovací detence od 1.1.2009*. Psychiat. pro praxi, 2009; 10(2):99-101.
- ŠVARC, J. Prudil L. *Právní problematika psychiatrů*. In Raboch J. et al. *Quo vadis, psychiatria?* Galén, Praha 2008; 201-204.

ŠVARC, J. *Ukládání zabezpečovací detence a změny legislativy o ochranném léčení*. Zdravotnické noviny 2009;58 (5):26-27.

ŠVARC, J. *Nový trestní zákoník a zdravotnictví*. Zdravotnické noviny 2010;59 (8):24-25.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha : Portál, s.r.o., 2004. ISBN: 80-7178-802-3

VENCOVSKÝ, E., DOBIÁŠ, J. *Psychiatrie*. Praha : Avicenum, 1976.

VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. 2., přepracované a rozšířené vydání. Havlíčkův Brod : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1428-8

Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod (ústavní zákon)

Zákon č.96/2001 Sb. m.s., Úmluva o lidských právech a biomedicíně

Zákon č. 99/1963 Sb., Občanský soudní řád

Zákon č. 20/1966 Sb., Zákon o péči o zdraví lidu

Zákon č.141/2002 Sb., trestní řád

Zákon č. 129/2008 Sb., zákon o výkonu zabezpečovací detence a o změně některých souvisejících zákonů

Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník

Zákon č. 140/1961 Sb., Trestní zákon

Zákon č. 218/2003 Sb., zákon o soudnictví ve věcech mládeže)

Zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky

Zákon č. 109/2002, o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy

Seznam příloh

Příloha 1: Kasuistiky související s ochranným léčením ústavním

Příloha 2: Kazuistika první navržené zabezpečovací detence - Vrah i oběť v ochranném léčení ústavním

Příloha 1: Kasuistiky související s ochranným léčením ústavním

Kazuistika 1:

36letý A.B. byl přijat k výkonu ústavního OL dne 22.11.2004 po zastavení tr. stíhání (drobné krádeže) pro nepříčetnost - znalci doporučili OL ústavní psychiatrické, neboť diagnostikovali „poruchu chorobného charakteru - 3. stadium syfilis – progresivní paralýzu“. V posudku s tímto závěrem však nic nenasvědčuje této diagnóze – byla jen popsána oploštělá emotivita, tupá euforie, zcestné myšlení s bizarními velikášskými bludy (chorobné přesvědčení o nabytém bohatství, schopnostech a moci). V průběhu hospitalizace tedy byla tato diagnóza vyloučena - testy na syfilis negativní, neurologické příznaky 3. stádia syfilis nepřítomny, neurolog zaznamenal jen ethyl. polyneuropatii. Pacient byl bez bizarností v chování či verbálním projevu, smál se, jak si to před znalci vymyslel („když ke mně přistupovali jak k blbcovi, tak jsem se tak choval“). Lumbální punkci a psychologické vyšetření odmítl.

Předchozí znalci v r. 1996 diagnostikovali jen poruchu osobnosti a závislost na drogách, jiní znalci v r. 1999 doporučili OL ústavní protitoxikomanické, což odvolací soud zrušil pro osobnost pacienta. (nezdrženlivost, nestálost, sklon k sebedramatizaci, sebestřednost, manipulativní jednání).

Z anamnézy: psychiatr. zátěž v rodině nezjištěna. Prodělal hepatitis typu A,B, C; před 10 lety ve VTOS syfilis přeléčen ATB, jinak zdrav. Vychodil 8 tříd ZŠ, nedoučil se, bez pracovního poměru, živí se sběrem železa; bezdomovec, rozvedený, s různými ženami má 3 děti (19, 14, 13), na které neplatí alimenty, za což byl během hospitalizace odsouzen k 20 měsícům VTOS - odvolal se a zvažuje využití některé ze svých diagnóz. Nevoják, ŘP nemá. Od 16 let celkem 9 let ve VTOS (naposledy měsíc před hospitalizací) za krádeže, neplacení výživného, v minulosti za příživnictví. Kouří 20 cigaret denně; zkoušel všechny drogy, ale ty nic mu to neříkají. Preferuje alkohol - pije 3 litry vodky denně!

K výkonu OL byl přivezen policií, po několika dnech „spolupráce“ přeložen na odd. AT a sexuologické, odkud utekl z 1. vycházky (s odůvodněním, že nebude mezi „prcičkáři“). Po 5 dnech přivezen policií k pokračování OL těžce opilý. Zařazen do skupin AT, do pracovní terapie, budil zdání spolupráce, pomáhal, zadaná témata

zpracovával. Poté, co jsme podali návrh obvodnímu soudu na přeměnu OL na ambulantní, se opět nevrátil z propustky. Tím zmeškal termín soudu. Opět přivezen policií opilý. Dále byl již pobyt čistě formální - sám konstatuje, že mu nic nechybí, dostává jíst, pít, dívá se na TV, chodí na zahradu, do tělocvičny. Vypomohl s úklidem, jinak se do terapeutických programů nezapojoval. Proklamoval veřejně, že pít vodku bude dál, m.j. proto, že on má OL psychiatrické. Dokončil hospitalizaci bez vycházek a bez návštěv (stejně jej nikdo nenavštěvoval), finančně podporován jednorázovými sociálními dávkami. Po soudním jednání o ukončení OL se přišel rozloučit a ukázat, že dodržel své proklamace o tom, jak bude nadále pít vodku.

Závěrečná diagnóza: závislost na alkoholu, smíšená porucha osobnosti.

Kazuistika 2:

39letý C.D. měl uloženo z roku 1989 pražským obvodním soudem ochranné léčení ústavní protialkoholní a protitoxikomanické (v opilosti se dopustil výtržnictví a útoku na veřejného činitele). v r. 2004 byl eskortován do PL Bohnice k výkonu OL z Věznice Valdice, kde byl 2 roky za krádeže (4x kázeňsky trestán!). Na pavilon byl přivezen po 16 hodině a v 18:40 utekl spolu s dalšími třemi pacienty přepilovanými mřížemi v koupelně. Za pár dnů v nočních hodinách přivezen policií k pokračování OL - utekl již při pokusu o převoz z centrálního příjmu na pavilon 17. Spolupacienti (bývalí spoluvězni z Valdic) jej opřádali pověstí borce, který si to ve VTOS s každým vyřídil, takže personálem byl pokládán za jedince mimořádně nebezpečného. Po několika dnech přivezen opět policií na pav.17. Odmítá spolupráci, vytahuje nůž, vyhrožuje fyzickým násilím. Přivolaná PČR přivolává sama zásahovou jednotkou...

Ve všech případech přijetí předcházelo vyšetření lékařem na centrálním příjmu, při nichž jasně prohlašoval, že si stejně bude dělat, co chce, že uteče a bude brát drogy. Z psychiatrického hlediska jde o poruchu osobnosti dissociální, agresivní, závislou na drogách (heroin, alkohol), které užíval i ve výkonu trestu.

Již po druhém útěku byly na Policii ČR oznámeny skutečnosti nasvědčující spáchání trestných činů maření výkonu úředního rozhodnutí podle (§ 171/1d tr.z.) a byl podán i

návrh na ukončení OL podle § 72/5 tr. z. Během výkonu OL jsme totiž zjistili, že jeho účelu nelze dosáhnout.

Kazuistika 3

Yaroslav H., narozen 1978 v Zakarpatské Ukrajině, je stíhán pro výtržnictví, neboť v červnu 2006 kolem 18 h v parku v Praze 4 onanoval před 43letou ženou a poté se jí snažil uchopit za rameno. Když se mu vysmekla, ejakuloval. Podle svědkyně se k ní blížil s penisem v ruce z křoví, mnul si ho do vyvrcholení, chtěl ji znásilnit, ale byl tak opilý, že upadával. Obviněný uvedl, že se léčil v ČR na psychiatrii, protože si myslel, že je Ježíš Kristus, vypil asi 14 piv, napadlo ho si zaonanovat, ale přišla k němu ta žena. Příbráný znalec psychiatr-sexuolog telefonicky zjistil, že před rokem byl hospitalizován v léčebně v ČR pro toxickou psychózu způsobenou alkoholem a repatriován do vlasti. Dále vyšetřením zjistil rodinnou anamnézu bez heredity. Posuzovaný uvedl, že v dětství míval smůlu, je asi prokletý. Vyučil se traktoristou, začal studovat VŠ pedagogickou, po měsíci jej vyhodili kvůli alkoholismu. Pracoval na Ukrajině jako vyhazovač a když byl uznán neschopným vojenské služby, přišel do ČR. Pracuje jako kontrolor dělníků. Kouří 40 cigaret denně, užívá nějaké drogy, které mu dávají ženy a přiznává, že "hodně chlastá" - denně pije hodně vodky a pár panáků rumu a asi 20 piv. Rád si zakouří marihuanu a zahraje automaty. Sexuologickou anamnézu uvedl zcela normální. Uvedl, že před činem vypil asi 7 piv a několik panáků rumu. Když močil, objevila se nějaká žena, tak začal onanovat. Domnívá se, že je prokletý (viz výše) a působí na něj ďábel, což znalec prezentuje jako "makromanický blud, seminosognosticky vnímaný". Na základě tohoto vyšetření (bez falografického vyšetření) znalec následující den po vyšetření odevzdává posudek se závěrem: "Trpí toxickou psychózou v částečné remisi, vzhledem k masivnímu zneužívání alkoholu hrozí bezprostředně její vzplanutí. Porucha sexuální preference v kombinaci s touto částečně sanovanou psychózou vedly k úplnému vymizení ovládacích a rozpoznávacích schopností, schopnost chápat smysl a význam trestního řízení je výrazně narušena. Přítomna je sexuální deviace, zatím nelze diferencovat mezi exhibicionismem a atypickou expozicí genitálu. Struktura sexuality je deviantní. Je nebezpečný na svobodě a proto považují za nutné, aby byl podroben

ochrannému léčení psychiatrickému ústavnímu v jeho vlasti. Je schopen pobytu v cele zadržení i ve vydávací vazbě."

Trestní stíhání bylo 1 den po spáchání činu na základě posudku zastaveno pro nepřičetnost pachatele a ten byl přivezen do PL Bohnice. Zde byl vyšetřen dvěma lékaři, choval se žoviálně, psychotické fenomény negoval, stanovena dg. Škodlivé užívání alkoholu, nejevil známky odvykacího stavu. Neshledány důvody k přijetí, policie o tom informována, propuštěn s vědomím přítomné PČR, která tím splnila "příkaz k dodání do PL Bohnice".

Kazuistika 4

Andrzej Sagreidz, nar. 1983, občan Polska, ubytovaný v hotelu ve Všenorech byl trestně stíhán pro pokus znásilnění, neboť v červenci 2005 kolem půlnoci v hotelové restauraci na dámském WC se pokusil znásilnit poškozenou Hanu H., nar. 1969, tak, že ji povalil na zem, zčásti jí stáhl kalhoty a nalehl na ni v úmyslu vykonat pohlavní styk, k čemuž ale nedošlo, protože poškozená volala o pomoc a návštěvníci restaurace a její manžel jí přiběhli na pomoc. Toto potvrzují svědci, podle nichž poškozená potom plakala. Poškozená muže neznala, přepadl ji na WC a ihned ji začal znásilňovat, říkal ať nekřičí, nebo ji to bude bolet. Snažila se jej odradit tvrzením, že má AIDS. Ve výslechu i znalcům obviněný uvedl, že se vyučil v Polsku zedníkem, do ČR přijel (opakovaně) před 20 dny, pracoval zde jako zedník, bydlel v hotelu, kde došlo k činu. Před činem pil vodu, cítil se opilý, nepamatuje si prý vše co provedl. V Polsku má přítelkyni a žije prý normálním sexuálním životem. Při lékařském vyšetření po činu byla popsána ebrieta, setřená řeč, titubace, alkoholový zápach; jak přišel k lehkým zraněním si nepamatuje. Lze usuzovat na alkoholémii tempore criminis asi 1.5 promile.

Znalecké vyšetření třemi znalci (psychiatrem, sexuologem a klinickým psychologem) proběhlo ve vazební věznici za přítomnosti tlumočnicka. Také eskortován k provedení PPG za přítomnosti tlumočnicka. Poskytuje psychiatricky i sexuologicky zcela normální anamnézu, svědčící jen o zneužívání alkoholu.

Znalec psycholog uzavírá, že jde o normální intelekt, není psychotický ani organický, osobnost emočně nestabilní. V Rorschachově testu jsou odpovědi na

„sexuální“ tabule autocenzurované, což znalec psycholog hodnotí jako znaky sexuální deviace.

Sexuolog na PPG popisuje nízkou reaktivitu, nejvyšší na ženské dospělé podněty a heterosexuální dvojice, malá odezva je na sadistické podněty. Nereagoval na homosexuální páry, reagoval na 1 ze 3 podnětů zobrazujících znásilnění. Tento náleznalec sexuolog hodnotí jako suspektní deviaci s preferencí násilných praktik, netlumení sexuality s odporem ženy, schopnost styku s nesouhlasící osobou, nikoli sadismus.

Odpovědi znalců:

Netrpí forenzně významnou duševní poruchou; příležitostně abusuje alkohol. V době činu přítomna prostá opilost a patologická sexuální agresivita. Schopnost rozpoznávací podstatně snížena vlivem opilosti, schopnost ovládací také podstatně snížena vlivem suspektně přítomné sexuální deviace. Z důvodu suspektní sexuální deviace je pobyt obviněného na svobodě vysoce společensky nebezpečný a znalci doporučují uložení ochranného léčení sexuologického a to pouze ústavní formou. Motivací činu byla alkoholem odbržděná suspektně přítomná sexuální deviace.

Rozsudek Okresního soudu z r. 2006 jej odsuzuje za znásilnění ublížení na zdraví ke 3.5 roku odnětí svobody, dále k vyhoštění na dobu neurčitou a podle § 72 odst. 2 písm. a) tr. zákona ukládá ochranné léčení sexuologické ústavní. V odůvodnění již soud interpretuje znalecký posudek tak, že obžalovaný trpí sexuální deviací, nikoli že je pouze suspektní. Rozsudek Krajského soudu snížil jen výši trestu na 3 roky. Poté nařizuje Okresní soud výkon ochranného léčení ústavního do Psychiatrické léčebny Bohnice.

V následujícím textu opět využívám materiálů MUDr., Švarce J., PhD. Jedná se o kasuistiku první navržené zabezpečovací detence. Případ se stal v areálu PL Bohnice přibližně před dvěma lety.

Dne 8.2.2008 ve 20.45 oznámila zdravotní sestra Jarmila z Psychiatrické léčebny (PL) Kosmonosy na linku 158 požár odpadkového kontejneru umístěného pod přístřeškem v areálu léčebny. Nejde o záměnu s číslem 156 - sestra Jarmila později vypověděla, že viděla pod kontejnerem rozdělaný oheň a u hořícího kontejneru křepčící muž sledoval kymácející se a pohybující se kontejner a přisunoval k němu další kontejnery.

Policejní hlídka dorazila dříve než hasiči a pokračovala v hašení příručním hasicím přístrojem. Po uhašení požáru si všimla, že v roztaveném kontejneru je ohořelé lidské tělo. Přivolání hasiči se nicméně hodili k tomu, aby bez devastace vystříhali tělo z roztavené plastové hmoty pomocí hydraulických nůžek a řetězové pily. Bylo zjištěno, že se jedná o Viléma T. (*1954), který byl toho dne propuštěn (s hotovostí 24.027 Kč) z ústavního sexuologického OL z pavilonu, před nímž kontejner stál. Totožnost potvrdila sestra Jarmila (obličej nebyl ohněm příliš zasažen) i systém AFIS (otisky prstů).

V době ohledávání již byl v Mladé Boleslavi hlídkou městské policie zadržen Marián R. (*1967), který se toho dne nevrátil z pracovní terapie na oddělení, přestože měl nařízeno do PL Kosmonosy OL ústavní sexuologické. Jeho alkoholémie při zadržení byla nulová. Byla u něj mj. nalezena peněženka s hotovostí 23.500 Kč, výplatní lístek k penzi na jméno Vilém T. a také jeho hodinky, řetízek a bunda. Mariánovi R. bylo sděleno obvinění z trestného činu vraždy dle § 219/1 tr.z. (později i odst. 2) a byl vzat do vazby.

Marián R. při výsleších uvedl, že vraždu nespáchal, Viléma T. nezná, jeho věci a peníze našel, hodinky a řetízek dostal od neznámých osob. Zajištěné peníze dle svého tvrzení vydělal, zejména tím, že prováděl pacientům v léčebně nákupy. S obviněným byla při výslechu špatná komunikace, stále opakoval, že ničemu nerozumí, ale v okamžiku, kdy se jednalo o peníze, tak velmi zřetelně rozuměl sdělovaným obsahům, uměl i počítat a "svůj" majetek verbálně bránil. Při výsleších byl Marián klidný, ale zdráhal se spolupracovat při jakýchkoli vyšetřovacích úkonech.

Řada svědků z řad pacientů i personálu léčebny vypověděla, že Marián R. byl agresivní, měl spory s pacienty i s personálem, odcizoval věci a bil pacienty, chodil s děvčaty po areálu, byl "ukecanej", zveličoval svá postižení, při konfrontaci jeho prohřešků vždy dělal, že ztratil paměť. Znal jména pacientů, oslovoval všechny známé lidi na vycházkách, znal zavražděného Viléma T., sedávali spolu a povídali si včetně inkriminovaného dne. Propuštěný Vilém se všem chlubil, že si při práci v léčebně vydělal 24 tisíc Kč. Vilém T. a Marián R. sedávali spolu v restauraci u Čonků.

Na oděvu Mariana R. (resp. Viléma T.), hodinkách a některých bankovkách byla zjištěna krev a DNA Viléma T.

Příčinou smrti Viléma T. bylo udušení kouřovými plyny, dále byla zjištěna tržně zhmožděná rána čela s korespondujícím krevním výronem a krevní výron v okolí jazyčky (což mohlo znamenat úder, tlak ruky nebo náraz na hranu kontejneru) a další krevní výrony na hrudi.

Vyšetřovací pokusy:

1. Byl zkoumán mechanismus dopravení těla do kontejneru a bylo zjištěno, že je možné, že Marián Viléma stojícího u kontejneru omráčil, uchopil za nohy a překlopil po hlavě do kontejneru (naražení na kontejner odpovídají krevní výrony na hrudníku).

2. Kontejner v druhé části požáru ležel na boku a bylo zablokováno jeho víko. Bylo zjištěno, že intenzivním pohybem osoby umístěné v kontejneru (od osoby umístěné v hořícím kontejneru lze předpokládat intenzivní pohyb) lze kontejner, je-li zabrzděn překlopit.

3. Není-li víko kontejneru zajištěno (drženo), lze jej osobou uvnitř otevřít. Využitím běžných hřebíků či provázků zde víko zajistit pomocí otvorů sloužících pro uzamčení kontejneru visacím zámkem.

4. Obsah kontejneru s běžným léčebenským odpadem lze podpálit běžným plynovým zapalovačem (vzplál až po 3 minutách pokusu). V 9. minutě prohořel odpadový kontejner a ve 13 minutě pokusu tento skoro celý shořel při teplotě až 500°C.

V takové důkazní situaci bylo jedinou nadějí obhajoby prokázat nepřítčetnost obviněného. Ke zkoumání duševního stavu byli přibráni znalci MUDr. Švarc, MUDr. Leblová a PhDr. Goldmann. Obviněný však s námi nespolupracoval, domáhal se odchodu a dokonce nás ohrožoval pohybem po cele. Přesto jsme nenavrhli pozorování duševního stavu v ústavu podle § 116/2 tr.ř., neboť Marián R. byl hospitalizován v PL Kosmonosy 10x v letech 1983-1993, následovalo 10 VTOS a poté opět trvale hospitalizován od roku 2003 do zadržení (s výjimkou 2letého VTOS).

Z anamnézy:

Marián R. pobírá plný invalidní důchod z psychiatrické indikace. Somaticky je zdravý. Od 17 let věku je zbaven způsobilosti k právním úkonům.

Poprvé byl hospitalizován v PL Kosmonosy v roce 1983 po zranění vlastním otcem, byla mu uložena ústavní výchova, která nebyla realizovaná, neboť posuzovaný byl v roce 1984 zbaven způsobilosti k právním úkonům a matkou vzat zpět domů.

Současným opatrovníkem posuzovaného je MěÚ Kosmonosy, neboť matka neplnila funkci opatrovníka (fyzicky napadla Mariána v léčebně poté, co jí nebyly vydány jeho peníze).

V dokumentaci PL Kosmonosy je opakovaně zmíněno agresivní chování posuzovaného, jeho nepodrobivost, odmítání medikace, okrádání spolupacientů, agravace mentálního defektu, vyhrožování sebepoškozením a zabitím personálu, podezření ze znásilňování pacientek. Jedno tr. stížání policie zastavila, když poškozená pacientka připustila, že od Mariána přijala 50 Kč. Jiné znásilnění, pro které byl stíhán, komentoval psychiatrům v léčebně slovy "Byla to moje holka a nechtěla mi dát, kurva jedna, tak co jsem měl dělat... dal jsem jí pár facek a pak jsem ji znásilnil."

V léčbě v posledních letech nespolupracoval.

Předchozí znalecké posudky:

1) Ochranné léčení sexuologické vykonával Marián na základě posudku MUDr. M. a MUDr. V. z r. 1993. Marián byl tehdy stíhán pro řadu násilných trestných činů: znásilnil na poli svou vlastní sestru, oloupil mentálně postiženého pacienta, znásilnil mentálně postiženou pacientku v areálu PL Kosmonosy, oloupil pacienta PL Kosmonosy. Posuzovaný se znalkyněmi komunikoval plyně česky, všem velice srozumitelně a účelně vyhrožoval. Znalkyně však vyvinily Mariána R. pro poruchu osobnosti, imbecilitu a patologickou sexuální agresivitu. Následkem těchto poruch shledaly zcela vymizelé ovládací schopnosti, které navíc hodnotily an block a nezabývaly se jednotlivými tr. činy. Znalkyně sice přidaly úvahy o tom, že Marián R. není nemocný v pravém slova smyslu a měl by být umístěn v ÚSP - jde však o logické rozpory alibisticky změkčující osudové závěry...

2) V r. 1994 znalci MUDr. S., MUDr. D. a prof. PhDr. V. ve věci loupežného přepadení důchodce a vyhrožování shledali agravaci a zachovalé rozpoznávací a pouze snížené ovládací schopnosti. Odsouzen byl ke 3.5 letům odnětí svobody.

3) Nejpodrobnější byl znalecký posudek vypracovaný prof. MUDr. R., MUDr. P. a PhDr. N. v r. 1997, kdy byl Marián obviněn ze znásilnění 13leté holčičky, kterou 1 km od léčebny brutálně několik hodin svázanou znásilňoval, škrtil, vyhrožoval jí nožem. Se znalci nespolupracoval, primitivně simuloval duševní poruchu, takže nemohlo být provedeno znalecké vyšetření. Bylo však provedeno falografické vyšetření, které

prokázalo heterosexuální orientaci a známky nepreferované sexuální agresivity. Znalci diagnostikovali, že nejde o sexuální deviaci, ale o poruchu osobnosti, intelekt v pásmu debility, ale dobrou sociální kompetenci. Znalci poukázali na opakovanou programovou a plánovitou trestnou činnost, z níž je zřejmé, že obž. si uvědomuje protiprávnost svého chování a též i chápe smysl tr. řízení a je schopen se hájit.

Byl odsouzen k 6.5 letům odnětí svobody, proti rozsudku velmi účelně písemně protestoval i bez advokáta. Podle hlášení Vězeňské služby 17.11.1997 (krátce po vyhlášení rozsudku) Marián R. napadl příslušníka při otevírání mříže úderem pěstí do obličeje a pokračujícím útokem.

4) V roce 2004 napadl dívku před střední školou v Mladé Boleslavi a znalec MUDr. M. shledal poruchu osobnosti (impulzivní, agresivní) a intelekt v pásmu slaboduchosti až debility; ovládací i rozpoznávací plně zachované.

5) Velmi cenný byl znalecký posudek doc. B. z ledna 2008, neboť osobní vyšetření znalcem proběhlo krátce před vyšetřovanou vraždou, a to z iniciativy posuzovaného, který se obrátil na soud s návrhem na vrácení způsobilosti k právním úkonům. Tehdy ochotně odpovídal na otázky znalce, uvedl mu svou anamnézu, byl hovorný, psychopatologii mimo poruch intelektu znalec nezaznamenal a konstatoval, že na ústavní prostředí je dobře adaptován, má sociální dovednosti a schopnost nakládat s finančními prostředky 500 Kč za týden a doporučil změnit zbavení způsobilosti na omezení. Pro středně těžkou mentální retardaci není schopen řady jiných právních úkonů. Podle znalce není schopen plnohodnotné účasti na jednání soudu, ale je schopen pochopit význam doručeného rozsudku. (Tento zjevný rozpor byl způsoben pravděpodobně tehdejší snahou znalce nekomplikovat soudní jednání přítomností posuzovaného, ovšem při soudním jednání o vraždě advokát o tomto závěru znalce diskutoval několik hodin.)

Závěry znaleckého posudku:

Obv. není postižen jinými poruchami, než poruchou osobnosti (dissociální, impulsivní) a lehkou mentální retardací. Z těchto poruch plyne zvýšená agresivita. Závislost OPL ani sexuální deviace nezjištěna. V době činu nebyly schopnosti obviněného rozpoznat nebezpečnost (protiprávnost) jeho jednání ničím sníženy. Schopnosti ovládat jednání byly mírně sníženy v důsledku poruchy osobnosti a mentální

retardace. Obviněný je však schopen chápat smysl trestního řízení. Hodnotová orientace je jednoduchá, materiální, zaměřená na bezprostřední uspokojení primitivních pudů. Agrese je prostředkem, kterým obviněný tyto potřeby uspokojuje. Motiv jednání byl pravděpodobně zjištěný. Na stresové situace reaguje obviněný agresí. Není schopen navázat hodnotné vztahy a prognóza jeho resocializace je krajně nepříznivá.

Znalci nenavrhují uložení ochranného léčení, neboť toto již je uloženo v ústavní formě. Znalci navrhuje uložit zabezpečovací detenci (bude-li to již v době rozhodování soudu možné), neboť vzhledem k dosavadnímu neúspěšnému působení ochranných léčení na osobu pachatele s přihlédnutím k jeho dosavadnímu životu nelze očekávat, že by uložené ochranné léčení ústavní vedlo k vyléčení či dostatečné ochraně společnosti

Posuzovaný neumožnil znalcům standardní osobní ambulantní vyšetření, to však v tomto případě neznemožňuje jeho znalecké posouzení. Znalci však mají k dispozici řadu předchozích psychiatrických znaleckých posudků a zejm. chorobopis PL Kosmonosy, který poskytuje dostatečné podklady pro zpracování zadaného znaleckého posudku, neboť jeho duševní stav byl v tomto ústavu 12 let pozorován (1983-2008 s přestávkami na výkony trestu). Bylo by proto nadbytečné nařizovat další pozorování duševního stavu v ústavu.

Jednání soudu

Krajský soud soudil Mariána R. podle § 219 tr. zákona, nikoli jen podle odst. 1 (sazba 12-15 let), ale i podle odst. 2 písm. b (vražda zvláště surovým způsobem) a písm. h (vražda loupežná nebo zakrývající jiný tr. čin), za což hrozí i výjimečný trest. Navíc byl souzen jako zvláště nebezpečný recidivista dle § 41/1 tr.z., u něž lze horní hranici trestu zvýšit o třetinu (tedy i za vraždu kvalifikovanou podle 1. odstavce by mu hrozilo 20 let namísto 15) a soud nesmí podkročit polovinu zvýšené sazby. Advokát neměl jinou obhajobu než napadat psychiatricko psychologický znalecký posudek: znalci vycházeli jen z písemných materiálů, ke spolupráci při vyšetření nepřizvali advokáta. Při jednání soudu se Marián vyjadřoval jen "Já tomu nerozumím, já tomu nerozumím."

Krajský soud odsoudil Mariána R. (zatím nepravomocně) k doživotnímu trestu odnětí svobody. Zde bude při korektuře dopsáno pravomocné rozhodnutí.

Příloha 2: Kazuistika první navržené zabezpečovací detence - Vrah i oběť v ochranném léčení ústavním

V následujícím textu opět využívám materiálů MUDr., Švarce J., PhD. Jedná se o kasuistiku první navržené zabezpečovací detence. Případ se stal v areálu PL Bohnice přibližně před dvěma lety.

Dne 8.2.2008 ve 20.45 oznámila zdravotní sestra Jarmila z Psychiatrické léčebny (PL) Kosmonosy na linku 158 požár odpadkového kontejneru umístěného pod přístřeškem v areálu léčebny. Nejde o záměnu s číslem 156 - sestra Jarmila později vypověděla, že viděla pod kontejnerem rozdělaný oheň a u hořícího kontejneru křepčící muž sledoval kymácející se a pohybující se kontejner a přisunoval k němu další kontejnery.

Policejní hlídka dorazila dříve než hasiči a pokračovala v hašení příručním hasicím přístrojem. Po uhašení požáru si všimla, že v roztaveném kontejneru je ohořelé lidské tělo. Přivolání hasiči se nicméně hodili k tomu, aby bez devastace vystříhali tělo z roztavené plastové hmoty pomocí hydraulických nůžek a řetězové pily. Bylo zjištěno, že se jedná o Viléma T. (*1954), který byl toho dne propuštěn (s hotovostí 24.027 Kč) z ústavního sexuologického OL z pavilonu, před nímž kontejner stál. Totožnost potvrdila sestra Jarmila (obličej nebyl ohněm příliš zasažen) i systém AFIS (otisky prstů).

V době ohledávání již byl v Mladé Boleslavi hlídkou městské policie zadržen Marián R. (*1967), který se toho dne nevrátil z pracovní terapie na oddělení, přestože měl nařízeno do PL Kosmonosy OL ústavní sexuologické. Jeho alkoholémie při zadržení byla nulová. Byla u něj mj. nalezena peněženka s hotovostí 23.500 Kč, výplatní lístek k penzi na jméno Vilém T. a také jeho hodinky, řetízek a bunda. Mariánovi R. bylo sděleno obvinění z trestného činu vraždy dle § 219/1 tr.z. (později i odst. 2) a byl vzat do vazby.

Marián R. při výsleších uvedl, že vraždu nespáchal, Viléma T. nezná, jeho věci a peníze našel, hodinky a řetízek dostal od neznámých osob. Zajištěné peníze dle svého tvrzení vydělal, zejména tím, že prováděl pacientům v léčebně nákupy. S obviněným byla při výslechu špatná komunikace, stále opakoval, že ničemu nerozumí, ale v

okamžiku, kdy se jednalo o peníze, tak velmi zřetelně rozuměl sdělovaným obsahům, uměl i počítat a "svůj" majetek verbálně bránil. Při výsleších byl Marián klidný, ale zdráhal se spolupracovat při jakýchkoli vyšetřovacích úkonech.

Řada svědků z řad pacientů i personálu léčebny vypověděla, že Marián R. byl agresivní, měl spory s pacienty i s personálem, odcizoval věci a bil pacienty, chodil s děvčaty po areálu, byl "ukecanej", zveličoval svá postižení, při konfrontaci jeho prohřešků vždy dělal, že ztratil paměť. Znal jména pacientů, oslovoval všechny známé lidi na vycházkách, znal zavražděného Viléma T., sedávali spolu a povídali si včetně inkriminovaného dne. Propuštěný Vilém se všem chlubil, že si při práci v léčebně vydělal 24 tisíc Kč. Vilém T. a Marián R. sedávali spolu v restauraci u Čonků.

Na oděvu Mariana R. (resp. Viléma T.), hodinkách a některých bankovkách byla zjištěna krev a DNA Viléma T.

Příčinou smrti Viléma T. bylo udušení kouřovými plyny, dále byla zjištěna tržně zhmožděná rána čela s korespondujícím krevním výronem a krevní výron v okolí jazyky (což mohlo znamenat úder, tlak ruky nebo náraz na hranu kontejneru) a další krevní výrony na hrudi.

Vyšetřovací pokusy:

5. Byl zkoumán mechanismus dopravení těla do kontejneru a bylo zjištěno, že je možné, že Marián Viléma stojícího u kontejneru omráčil, uchopil za nohy a překlopil po hlavě do kontejneru (naražení na kontejner odpovídají krevní výrony na hrudníku).

6. Kontejner v druhé části požáru ležel na boku a bylo zablokováno jeho víko. Bylo zjištěno, že intenzivním pohybem osoby umístěné v kontejneru (od osoby umístěné v hořícím kontejneru lze předpokládat intenzivní pohyb) lze kontejner, je-li zabrzděn překlomit.

7. Není-li víko kontejneru zajištěno (drženo), lze jej osobou uvnitř otevřít. Využitím běžných hřebíků či provázků zde víko zajistit pomocí otvorů sloužících pro uzamčení kontejneru visacím zámkem.

8. Obsah kontejneru s běžným léčebenským odpadem lze podpálit běžným plynovým zapalovačem (vzplál až po 3 minutách pokusu). V 9. minutě prohořel odpadový kontejner a ve 13 minutě pokusu tento skoro celý shořel při teplotě až 500°C.

V takové důkazní situaci bylo jedinou nadějí obhajoby prokázat nepřičetnost obviněného. Ke zkoumání duševního stavu byli přibráni znalci MUDr. Švarc, MUDr. Leblová a PhDr. Goldmann. Obviněný však s námi nespolupracoval, domáhal se odchodu a dokonce nás ohrožoval pohybem po cele. Přesto jsme nenavrhli pozorování duševního stavu v ústavu podle § 116/2 tr.ř., neboť Marián R. byl hospitalizován v PL Kosmonosy 10x v letech 1983-1993, následovalo 10 VTOS a poté opět trvale hospitalizován od roku 2003 do zadržení (s výjimkou 2letého VTOS).

Z anamnézy:

Marián R. pobírá plný invalidní důchod z psychiatrické indikace. Somaticky je zdravý. Od 17 let věku je zbaven způsobilosti k právním úkonům.

Poprvé byl hospitalizován v PL Kosmonosy v roce 1983 po zranění vlastním otcem, byla mu uložena ústavní výchova, která nebyla realizovaná, neboť posuzovaný byl v roce 1984 zbaven způsobilosti k právním úkonům a matkou vzat zpět domů. Současným opatrovníkem posuzovaného je MěÚ Kosmonosy, neboť matka neplnila funkci opatrovníka (fyzicky napadla Mariána v léčebně poté, co jí nebyly vydány jeho peníze).

V dokumentaci PL Kosmonosy je opakovaně zmíněno agresivní chování posuzovaného, jeho nepodrobivost, odmítání medikace, okrádání spolupacientů, agravace mentálního defektu, vyhrožování sebepoškozením a zabitím personálu, podezření ze znásilňování pacientek. Jedno tr. stíhání policie zastavila, když poškozená pacientka připustila, že od Mariána přijala 50 Kč. Jiné znásilnění, pro které byl stíhán, komentoval psychiatrům v léčebně slovy "Byla to moje holka a nechtěla mi dát, kurva jedna, tak co jsem měl dělat... dal jsem jí pár facek a pak jsem ji znásilnil."

V léčbě v posledních letech nespolupracoval.

Předchozí znalecké posudky:

1) Ochranné léčení sexuologické vykonával Marián na základě posudku MUDr. M. a MUDr. V. z r. 1993. Marián byl tehdy stíhán pro řadu násilných trestných činů: znásilnil na poli svou vlastní sestru, oloupil mentálně postiženého pacienta, znásilnil mentálně postiženou pacientku v areálu PL Kosmonosy, oloupil pacienta PL Kosmonosy. Posuzovaný se znalkyněmi komunikoval plyně česky, všem velice srozumitelně a

účelně vyhrožoval. Znalkyně však vyvinily Mariána R. pro poruchu osobnosti, imbecilitu a patologickou sexuální agresivitu. Následkem těchto poruch shledaly zcela vymizelé ovládací schopnosti, které navíc hodnotily an block a nezabývaly se jednotlivými tr. činy. Znalkyně sice přidaly úvahy o tom, že Marián R. není nemocný v pravém slova smyslu a měl by být umístěn v ÚSP - jde však o logické rozpory alibisticky změkčující osudové závěry...

2) V r. 1994 znalci MUDr. S., MUDr. D. a prof. PhDr. V. ve věci loupežného přepadení důchodce a vyhrožování shledali agravaci a zachovalé rozpoznávací a pouze snížené ovládací schopnosti. Odsouzen byl ke 3.5 letům odnětí svobody.

3) Nejpodrobnější byl znalecký posudek vypracovaný prof. MUDr. R., MUDr. P. a PhDr. N. v r. 1997, kdy byl Marián obviněn ze znásilnění 13leté holčičky, kterou 1 km od léčebny brutálně několik hodin svázanou znásilňoval, škrtil, vyhrožoval jí nožem. Se znalci nespolupracoval, primitivně simuloval duševní poruchu, takže nemohlo být provedeno znalecké vyšetření. Bylo však provedeno falografické vyšetření, které prokázalo heterosexuální orientaci a známky nepreferované sexuální agresivity. Znalci diagnostikovali, že nejde o sexuální deviaci, ale o poruchu osobnosti, intelekt v pásmu debility, ale dobrou sociální kompetenci. Znalci poukázali na opakovanou programovou a plánovitou trestnou činnost, z níž je zřejmé, že obž. si uvědomuje protiprávnost svého chování a též i chápe smysl tr. řízení a je schopen se hájit.

Byl odsouzen k 6.5 letům odnětí svobody, proti rozsudku velmi účelně písemně protestoval i bez advokáta. Podle hlášení Vězeňské služby 17.11.1997 (krátce po vyhlášení rozsudku) Marián R. napadl příslušníka při otevírání mříže úderem pěstí do obličeje a pokračujícím útokem.

4) V roce 2004 napadl dívku před střední školou v Mladé Boleslavi a znalec MUDr. M. shledal poruchu osobnosti (impulzivní, agresivní) a intelekt v pásmu slaboduchosti až debility; ovládací i rozpoznávací plně zachované.

5) Velmi cenný byl znalecký posudek doc. B. z ledna 2008, neboť osobní vyšetření znalcem proběhlo krátce před vyšetřovanou vraždou, a to z iniciativy posuzovaného, který se obrátil na soud s návrhem na vrácení způsobilosti k právním úkonům. Tehdy ochotně odpovídal na otázky znalce, uvedl mu svou anamnézu, byl hovorný, psychopatologii mimo poruch intelektu znalec nezaznamenal a konstatoval, že na

ústavní prostředí je dobře adaptován, má sociální dovednosti a schopnost nakládat s finančními prostředky 500 Kč za týden a doporučil změnit zbavení způsobilosti na omezení. Pro středně těžkou mentální retardaci není schopen řady jiných právních úkonů. Podle znalce není schopen plnohodnotné účasti na jednání soudu, ale je schopen pochopit význam doručeného rozsudku. (Tento zjevný rozpor byl způsoben pravděpodobně tehdejší snahou znalce nekomplikovat soudní jednání přítomností posuzovaného, ovšem při soudním jednání o vraždě advokát o tomto závěru znalce diskutoval několik hodin.)

Závěry znaleckého posudku:

Obv. není postižen jinými poruchami, než poruchou osobnosti (dissociální, impulsivní) a lehkou mentální retardací. Z těchto poruch plyne zvýšená agresivita. Závislost OPL ani sexuální deviace nezjištěna. V době činu nebyly schopnosti obviněného rozpoznat nebezpečnost (protiprávnost) jeho jednání ničím sníženy. Schopnosti ovládat jednání byly mírně sníženy v důsledku poruchy osobnosti a mentální retardace. Obviněný je však schopen chápat smysl trestního řízení. Hodnotová orientace je jednoduchá, materiální, zaměřená na bezprostřední uspokojení primitivních pudů. Agrese je prostředkem, kterým obviněný tyto potřeby uspokojuje. Motiv jednání byl pravděpodobně zjištěný. Na stresové situace reaguje obviněný agresí. Není schopen navázat hodnotné vztahy a prognóza jeho resocializace je krajně nepříznivá.

Znalci nenavrhují uložení ochranného léčení, neboť toto již je uloženo v ústavní formě. Znalci navrhuje uložit zabezpečovací detenci (bude-li to již v době rozhodování soudu možné), neboť vzhledem k dosavadnímu neúspěšnému působení ochranných léčení na osobu pachatele s přihlédnutím k jeho dosavadnímu životu nelze očekávat, že by uložené ochranné léčení ústavní vedlo k vyléčení či dostatečné ochraně společnosti

Posuzovaný neumožnil znalcům standardní osobní ambulantní vyšetření, to však v tomto případě neznemožňuje jeho znalecké posouzení. Znalci však mají k dispozici řadu předchozích psychiatrických znaleckých posudků a zejm. chorobopis PL Kosmonosy, který poskytuje dostatečné podklady pro zpracování zadaného znaleckého posudku, neboť jeho duševní stav byl v tomto ústavu 12 let pozorován (1983-2008 s přestávkami na výkony trestu). Bylo by proto nadbytečné nařizovat další pozorování duševního stavu v ústavu.

Jednání soudu

Krajský soud soudil Mariána R. podle § 219 tr. zákona, nikoli jen podle odst. 1 (sazba 12-15 let), ale i podle odst. 2 písm. b (vražda zvlášť surovým způsobem) a písm. h (vražda loupežná nebo zakrývající jiný tr. čin), za což hrozí i výjimečný trest. Navíc byl souzen jako zvláště nebezpečný recidivista dle § 41/1 tr.z., u něžž lze horní hranici trestu zvýšit o třetinu (tedy i za vraždu kvalifikovanou podle 1. odstavce by mu hrozilo 20 let namísto 15) a soud nesmí podkročit polovinu zvýšené sazby. Advokát neměl jinou obhajobu než napadat psychiatricko psychologický znalecký posudek: znalci vycházeli jen z písemných materiálů, ke spolupráci při vyšetření nepřizvali advokáta. Při jednání soudu se Marián vyjadřoval jen "Já tomu nerozumím, já tomu nerozumím."

Krajský soud odsoudil Mariána R. (zatím nepravomocně) k doživotnímu trestu odnětí svobody. Zde bude při korektuře dopsáno pravomocné rozhodnutí.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Nikola Brixelová
Katedra:	Speciálně pedagogických studií
Vedoucí práce:	MUDr., Švarc Jiří, Ph.D.
Rok obhajoby:	2010

Název práce:	Agresivní chování u schizofreniků
Název v angličtině:	Aggressive Behavior of Schizophrenics
Anotace práce:	<p>Práce je zaměřena na problematiku souvislost agresivního chování a schizofrenie. Definuje pojmy související s problematikou, nastiňuje alespoň základní stanoviska problémů souvisejících s tématem. Práce má být pouze jakýmsi přehledným informačním zdrojem, který se nezabývá svým vlastním výzkumem. Je zde uvedeno několik kazuistik, poskytnutých PL Bohnice.</p>
Klíčová slova:	Agrese Agresivita Násilné chování Ochranné léčení Schizofrenie Zabezpečovací detence

Anotace v angličtině:	The bachelor thesis is focused on the link between aggressive behaviour and schizophrenia. It defines terminology and outlines solutions to the basic issues. The work should be just a brief information source, which does not include an academic research. Some casuistics provided by mental home Bohnice are presented.
Klíčová slova v angličtině:	Aggression Aggressiveness Violent behaviour Protective threatment Schizophrenia Preventive detencion
Přílohy vázané v práci:	<i>Příloha 1: Kasuistiky související s ochranným léčením ústavním</i> <i>Příloha 2: Kazuistika první navržené zabezpečovací detence - Vrah i oběť v ochranném léčení ústavním</i>
Rozsah práce:	86 stran
Jazyk práce:	Český jazyk