

POLICEJNÍ AKADEMIE ČESKÉ REPUBLIKY V PRAZE
Fakulta bezpečnostního managementu
Katedra společenských věd

Zabezpečovací detence u osob omezených na svobodě

Bakalářská práce

Security detention for persons deprived of their liberty
Bachelor thesis

VEDOUCÍ PRÁCE

PhDr. Ing. Viktor Červený

AUTOR PRÁCE

Zbyněk Oprchal

PRAHA

2022

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že předložená práce je mým autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Brně dne

.....
Zbyněk Oprchal

Anotace

Bakalářská práce „Zabezpečovací detence u osob omezených na svobodě“ je zaměřena na metody a formy psychologického působení u osob, které jsou v rámci ochranného léčení umístěny do zabezpečovací detence. Důvodem eliminace jejich nebezpečného chování je ochrana společnosti. Práce je rozdělena do dvou částí. První část je zaměřena na samotnou koncepci a historii detenčního ústavu a také vysvětlí teoretický náhled na stanovené diagnózy a terapie duševních poruch, které se vyskytují u chovanců v ústavu zabezpečovací detence ve Vazební Věznici v Brně. Druhá část popisuje na konkrétních příkladech metody a formy psychologického působení a vyhodnocení stanovených cílů.

Annotation

The bachelor's thesis „Security detention for persons deprived of their liberty“ is focused on methods and forms of psychological activity in persons who are placed in security detention as part of protective treatment. The reason for eliminating their dangerous behavior is to protect society. The work is divided into two parts. The first part focuses on the very concept and history of the detention institution and also explains the theoretical view of established diagnoses and therapies of mental disorders that occur in prisoners in the facility for security detention in the Remand Prison in Brno. The second part describes the methods and forms of psychological action and evaluation of set goals on specific examples.

Klíčová slova

Zabezpečovací detence, duševní poruchy, ochranné léčení, chovanec, bezpečnost, psychologické působení.

Keywords

Security detention, mental disorders, protective treatment, inmate, safety, psychological influence.

Obsah

Úvod.....	6
Teoretická část.....	8
1. Výkon zabezpečovací detence	8
1.1. Historická východiska výkonu zabezpečovací detence	9
1.2. Specializovaná oddělení pro výkon ochranného léčení a zabezpečovací detence ve věznicích ČR.....	11
1.3. Ústav pro výkon zabezpečovací detence Brno.....	14
2. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN).....	18
3. Stanovené diagnózy u chovanců v detenčním ústavu Věznice Brno	20
3.1. Poruchy osobnosti	20
3.2. Duševní poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek	21
3.3. Sexuální deviace	22
3.4. Psychotické poruchy.....	24
3.5. Mentální retardace.....	25
3.6. Organické duševní poruchy.....	26
4. Terapie duševních poruch.....	28
4.1. Biologicky zaměřená léčba.....	28
4.2. Psychoterapie.....	29
4.3. Rehabilitace v psychiatrii	30
Praktická část.....	32
5. Příklady psychologického působení na vybraných chovancích.....	34
5.1. Chovanka č. 1	34
5.2. Chovanec č. 2	36
5.3. Chovanec č. 3	38
5.4. Chovanec č. 4	40
5.5. Chovanec č. 5	42
5.6. Chovanec č. 6	44
5.7. Vyhodnocení stanovených cílů psychologického působení na chovance.....	46
6. Návrh a doporučení.....	48
6.1. Psychologické doporučení, přístup a zacházení u vybraných chovanců.....	48
6.2. Návrh na změnu přístupu k chovancům z mého osobního pohledu.....	51
Závěr.....	53
Zdroje.....	54
Přílohy.....	58

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval svému vedoucímu bakalářské práce, PhDr. Ing. Viktoru Červenému, za jeho ochotu a vedení, které se mi dostalo.

Velké poděkování také řediteli Vazební věznice a ústavu pro výkon zabezpečovací detence Brno, plk. PhDr. Dušanu Gáčovi, a vedoucímu detenčního ústavu, mjr. Mgr. Petru Kalvodovi, za umožnění sběru dat v prostředí výkonu zabezpečovací detence, dále primáři psychiatrického oddělení vězeňské nemocnice v Brně, MUDr. Vladimíru Smékalovi, za odbornou pomoc při zpracování praktické části bakalářské práce.

Úvod

Spolu se splněním požadavků studijního programu na Policejní akademii České republiky, Fakulty bezpečnostního managementu, Katedry společenských věd jsem obdržel zadání ke zpracování bakalářské práce na téma: „Zabezpečovací detence u osob omezených na svobodě“. Toto téma jsem si mimo jiné vybral i z profesního důvodu, kdy sedmnáctým rokem pracuji v bezpečnostním sboru České republiky, konkrétně u Vězeňské služby ČR.

Toto téma je dnes velmi aktuální, stejně jak progresivně roste potřeba ochrany společnosti před pachateli závažné trestné činnosti, na které společnost již nemůže reagovat jen prostým omezením osob na svobodě, protože je tu vysoké riziko delikvence. Odůvodněně tedy v roce 2009 vznikla instituce pro výkon zabezpečovací detence, které nejen separují pachatele zvláště závažné trestné činnosti, ale také odborně, psychologicky a medicínsky pomáhají řešit problémy konkrétních chovanců. Tento odborný přístup k delikventům není prospěšný pouze pro ně samé, ale má obrovský význam i pro vězeňskou službu. Díky tomuto přístupu je možné lépe propojit léčbu a vlastní výkon zabezpečovací detence tak, aby se minimalizovalo riziko opakování trestné činnosti, a tím byl naplněn hlavní cíl vrátit odsouzené po absolvování ústavní léčby do běžného života. **Bakalářská práce je zaměřena na eliminaci nebezpečného chování chovanců a na vlivy, kterými na ně zabezpečovací detence působí, s cílem eliminovat jejich nebezpečnost.**

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část práce se zabývá historickými východisky vzniku ústavů pro výkon zabezpečovací detence a nejdůležitějšími anomáliemi, kterými trpí lidé umístovaní do těchto zařízení. Z psychologického hlediska i za přispění mezinárodní klasifikace nemocí, přesněji její desetileté revize, budou popsány nejzásadnější poruchy chování delikventů, které mají protispolečenské důsledky a díky kterým je třeba jejich izolace od společnosti.

Praktická část pojednává o konkrétních příkladech, metodách a formách psychologického působení na chovance při jejich pobytu v detenčních zařízeních. Je zde promítnuta i osobní zkušenost z přímého výkonu služby a setkání s chovanci trpícími anomálním chováním. Není zde opomenuta ani eliminace nebezpečnosti těchto osob, nikoliv pouze silou a represí, ale také správným vedením k odpovědnosti za své fyzické, ale i duševní zdraví, včetně potlačování patologických jevů vedoucích k páchání trestné činnosti.

„Kriminálník je dospělý, který se chová jako dítě.“

**Sigmund Freud,
lékař-neurolog, psycholog a zakladatel psychoanalýzy**

Teoretická část

1. Výkon zabezpečovací detence

Již přes třináct let je v České republice možnost pro pachatele trestných činů ukládat trest ochranného opatření – zabezpečovací detenci. V legislativě je výkon zabezpečovací detence ukotven v zákoně č.129/2008 sb., o výkonu zabezpečovací detence a o změně některých souvisejících zákonů. Pachatel se musí dopustit úmyslného trestného činu, kdy sazba musí být vyšší než 3 roky. Nedílnou součástí pro uložení zabezpečovací detence je duševní porucha v době spáchání úmyslného trestného činu. Pobyt tohoto delikventa na svobodě je nebezpečný a běžná ochranná léčba není adekvátní ochranou pro společnost.¹

Delikventům, kterým je diagnostikována závažná duševní porucha, ukládá soud po důkladném znaleckém posouzení tento typ ochrany společnosti a jedná se tak o hlavní smysl vytvoření detenčních zařízení na našem území. Vězeňská služba České republiky, která spadá pod rezort ministerstva spravedlnosti, má na starost péči o osoby, kterým byla nařízena zabezpečovací detence.²

Hlavní cíl zabezpečovací detence můžeme tedy chápat jako ochranu společnosti, eliminací nebezpečných pachatelů s duševními poruchami, u kterých jejich chování je prakticky nepředvídatelné. Nejedná se tedy o léčbu ani trest, naopak o určitý druh izolace od společnosti.

Vězeňská služba České republiky ve svých speciálních zařízeních s vnitřní i vnější speciální ostrahou zajišťuje léčebné i nápravní odpovídající programy. Jak uvádí Šámal (2009, s. 1044), detenční ústavy mají opatřit

¹ BLATNÍKOVÁ, Š. Problematika zabezpečovací detence. 1. vyd. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2010. s. 42 – 46. ISBN 978-80-7338-106-6.

² JŮZL, Miloslav. Epistemologická východiska zabezpečovací detence. In Jůzl, Miloslav a Dušan Gáč. *Specifika výkonu zabezpečovací detence v České republice*. Brno: Vězeňská služba České republiky, 2020. s. 9-17. ISBN 978-80-907836-0-7.

dostatečnou ochranu společnosti zejména před takto nebezpečnými delikventy zločinu, u kterých je nebezpečnost zapříčiněna jejich duševním zdravím a opakování závažné trestné činnosti hrozí i nadále. Výkonem zabezpečovací detence má být motivován delikvent k podstoupení náležitého léčebného programu.

1.1. Historická východiska výkonu zabezpečovací detence

Novodobým předchůdcem zařízení zabezpečovací detence byla v 70. a 80. letech minulého století specializovaná oddělení s léčebně výchovným režimem, kam se umísťovaly specifické skupiny odsouzených. Především se jednalo o alkoholiky, kterým byla vytvořena Střediska protialkoholní ochranné léčby. Tyto instituce se nacházely celkově v sedmi nápravně výchovných ústavech (NVÚ), jednalo se o Mladou Boleslav, Plzeň, Opavu, Heřmanice, Valdice, Rýnovice a pražskou Pankrác.³ Dalším typem byli odsouzení s psychopatickými poruchami, kteří se umísťovali na specializované oddělení. U mužů se jednalo o nápravně výchovný ústav v Plzni a pro ženy bylo NVÚ zřízeno v Opavě. V 80. letech vzniká další specializované zařízení, a to pro odsouzené se závislostí na toxických látkách. NVÚ bylo zřízeno v Minkovicích, zde působil psycholog PhDr. Jan Sochůrek, který spolupracoval s psychiatrem MUDr. Jiřím Drtilem. V první polovině 20. století bylo založeno i specializované oddělení, které spravovala vězeňská služba, takzvaný „zločínák“. Ten se nacházel v psychiatrické léčebně v Praze-Bohnicích v pavilonu č. 17 a spadal pod pankráckou věznici. Zde se umísťovali obvinění ke zkoumání duševního stavu pro trestní řízení a odsouzení s psychopatickými poruchami.

Nové pojetí českého vězenství na začátku 90. let má za důsledek zánik všech uvedených specializovaných oddělení, a to i oddělení psychiatrické léčebny v Praze-Bohnicích. Impuls k obnově specializovaných oddělení vznikl na základě zprávy vlády ČR pro ČNR o stavu vězeňství a postpenitenciární péči v ČR z roku 1991. Ve zprávě bylo především řečeno, že „*Současná skladba*

³ L.ONDRÁČEK, *Ve jménu zdraví*, in: časopis Zpravodaj SNV ČSR, č. 1/1988, s. 12-13.

odsouzených signalizuje relevantní změnu vzrůstem podílu osob s psychopatickou strukturou osobnosti, zvyšujícím se počtem osob závislých na toxických látkách a nárůstem podílu sexuálních deviantů“. Ve zprávě je psáno i o velkém procentu toxikomanů mezi psychopaty.⁴

V českém vězenství byla obnova ochranných léčeb velmi komplikována velkým nárůstem vězňů, s tím spjatou přeplněností věznic a v nemalé míře nedostatkem odborných pracovníků k zajištění výkonu ochranné léčby. V rámci přípravy nového zákona o výkonu trestu odnětí svobody se zabýval Zdravotnický odbor Generálního ředitelství vězeňské služby České republiky systémem ochranných léčeb ve výkonu trestu, který zahrnuje léčbu psychiatrickou, sexuologickou, protialkoholní a protitoxikomanskou. Díky možné výměně zkušeností mohla Česká republika čerpat od kolegů ze Slovenska, kteří již disponovali protialkoholní léčbou ve věznicích Leopoldov a Ilava a také ochrannou léčbou psychiatrickou a protitoxikomanskou ve věznici v Trenčíně.⁵

Výměna poznatků a zkušeností v rámci navazování zahraničních styků v oblasti vězeňství upoutala české lékaře a psychology systémem ochranné léčby v Německu a v Rakousku. Dle zákona z roku 1984, který umožňoval v Německu provádět ochrannou léčbu v psychiatrických léčebnách a odvykacích ústavech. Odsouzení nastoupili na roční terapii a následně nastoupili k výkonu trestu odnětí svobody, který mohl být ukončen podmíněčným propuštěním, a následovala tříletá terapie na klinice.⁶ V Rakousku měli v provozu detenční ústav k výkonu ochranné léčby, sloužil pro pachatele trestné činnosti, kteří z důvodu nepřičetnosti nebyli odsouzeni k výkonu trestu odnětí svobody, ale k ochranné léčbě. Jednalo se především o chovance psychotiky, schizofreniky, oligofreniky, ale byli zde umístěni i chovanci se závažnými poruchami chování. Rakouský detenční ústav je v gesci ministerstva spravedlnosti, a to i přes fakt, že se v něm uplatňoval zdravotnický režim. Ochrannou léčbu zde vykonávalo 120 chovanců, o které se staralo 120 zaměstnanců. Jednalo se o 65 dozorců, 25 ošetřovatelů,

⁴ KDH, Zpráva vlády ČR pro ČNR o stavu vězeňství a postpenitenciární péči v ČR, 1991, s. 9

⁵ České vězeňství č.6/1995, s. 31-36.

⁶ České vězeňství č.6/1995, s. 16-17.

11 lékařů, 8 administrativních pracovníků a 10 specialistů z řad psychologů, terapeutů a sociálních pracovníků.⁷

V České republice, přesněji v Heřmanově Huti, byl roku 1997 otevřen první novodobý objekt pro umístění skupin odsouzených toxikomanů, vyžadující speciální metody zacházení. Avšak zde nemohly být tyto skupiny odsouzených umístěny, a to z důvodu stupně zabezpečení, které jim uložil soud.⁸

1.2. Specializovaná oddělení pro výkon ochranného léčení a zabezpečovací detence ve věznicích ČR

Ochranné léčení lze považovat za první z ochranných opatření, které je zmíněno v trestním zákoně. Lze si jej vyložit jako důsledek trestného činu, i činu jinak trestného, který lze ukládat i osobám nepřičetným. Osobám, kterým je ukládáno ochranné léčení, kdy se jedná zejména o nebezpečné osoby, které spáchaly nebezpečný čin ohrožující společnost, ale v důsledku nepřičetnosti je nelze trestně stíhat. Totéž platí i pro delikventy, kteří se při spáchání trestného činu nacházeli ve stavu zmenšené přičetnosti a stejné je to i u pachatelů závislých na látkách způsobujících závislost.

Hlavními cíli ochranného léčení je samotná léčba duševních poruch, kterými delikventi trestných činů trpí a díky kterým trestný čin spáchali, dále jde o izolaci delikventů trestných činů, jako ochranu společnosti. Lze zmínit i prevenci recidivy těchto protiprávných jednání v důsledku duševních poruch a také možnou resocializaci a případné zařazení delikventa na zpět do normálního života. *„Celé léčení je zaměřeno nejprve na motivaci pro změnu a později bezproblémový vstup pacienta do běžného života, včetně zajištění existenčních podmínek a obnovení části narušených kontaktů s pacientovou rodinou.“* (Šámal, 2010)

⁷ České vězeňství č.6/1995, s. 36.

⁸ České vězeňství č.6/1997, s. 23.

Ochranné léčení, které zajišťuje dle profilace Vězeňská služba ČR je:

- ochranné léčení závislosti na návykových látkách
- ochranné léčení sexuologické
- ochranné léčení psychiatrické

Dělení ochranného léčení se rozlišuje z pohledu určení a užitých léčebných metod. To musí být vykonáváno souběžně s výkonem trestu odnětí svobody, a to právě ve specializovaných odděleních konkrétní věznice.

Specializovaná oddělení, vytvořená pro ochranné léčení závislostí na návykových látkách jsou zřízena ve věznicích Opava, Rýnovice a Znojmo. Dále ve věznicích Bělušice, Nové Sedlo, Plzeň, Příbram a Všehrdy jsou specializovaná oddělení pro odsouzené s poruchami osobnosti a chování zapříčiněná zneužíváním psychoaktivních látek či alkoholu.

Ochranné léčení sexuologické je zřízeno na jižní Moravě nedaleko Brna, a to ve Věznici Kuřim. Funguje již od roku 1997 za přispění externích specializovaných pracovníků. Toto oddělení je zřízeno pro odsouzené, kteří mají snahu se léčit a projevíli zájem o spolupráci. Výsledkem dlouholeté práce s těmito delikventy je bezpochyby velmi nízká recidiva, která u těchto osob činí zhruba 3 %.

Posledním zmiňovaným typem ochranného léčení jsou specializovaná oddělení s psychiatrickou péčí. Ta jsou určena pro delikventy s diagnostikovanou poruchou osobnosti. Tento typ ochranného léčení je umístěn ve věznicích Mírov, Liberec. Za zmínku stojí i specializované oddělení psychiatrické akutní lůžkové péče ve vězeňské nemocnici Brno.

U všech typů ochranného léčení trvá pobyt na specializovaném oddělení z pravidla 12 měsíců. Jedná se o terapeutický pobyt zaměřený na stálý denní režim a jemu přizpůsobené týdenní aktivity. V tomto případě jde o odsouzené osoby ve výkonu trestu, které jsou povinny plnit program čítající 21 hodin terapeutických aktivit týdně.

Zabezpečovací detence v ČR, jak již bylo na začátku nastíněno, je vcelku nový pojem. Jsou specifické svojí zvláštní ostrahou, léčebnými, psychologickými, pedagogickými, vzdělávacími, rehabilitačními a jinými programy zacházení s chovanci. Jejím založením tak byly vyslyšeny myšlenky odborníků, kteří již delší dobu pozorovali skupiny sexuálních deviantů a jiných nebezpečných agresorů s nařízenou ochrannou léčbou. Tyto osoby však nerespektovaly, mařily a neplnily smysl léčení. Velmi často docházelo k útěkům a svým neohledupným jednáním ohrožovaly nejen personál, ale potažmo i společnost. Nejen tyto nežádoucí činy, ale také zkušenosti z ostatních vyspělých evropských zemí (např. Rakouska a Nizozemí), vedly ke vzniku institutu zabezpečovací detence.

Jak uvádí Stožický (2009, s. 16) „*V Ústavu pro výkon zabezpečovací detence můžeme dle vymezení zákona očekávat nyní zejména jedince mentálně retardované, sexuálně deviantní a psychotické, tedy osoby nebezpečné, u kterých dosavadní léčení nevedlo k dostatečné ochraně společnosti a u kterých existuje podložený předpoklad neúčinnosti ochranného léčení zejména vzhledem k povaze duševní poruchy, možnostem působení na pachatele a eventuálně již projevenému postoji k léčbě*“.

Z výše uvedených slov lze uvést jako hlavní funkci ochranu společnosti před nebezpečnými delikventy. Dalšími důležitými prvky se jeví redukce a resocializace v tomto ochranném opatření a také snaha vzbudit u těchto osob motivaci k léčbě či rozhodnutí vykonávat běžné ústavní léčení.

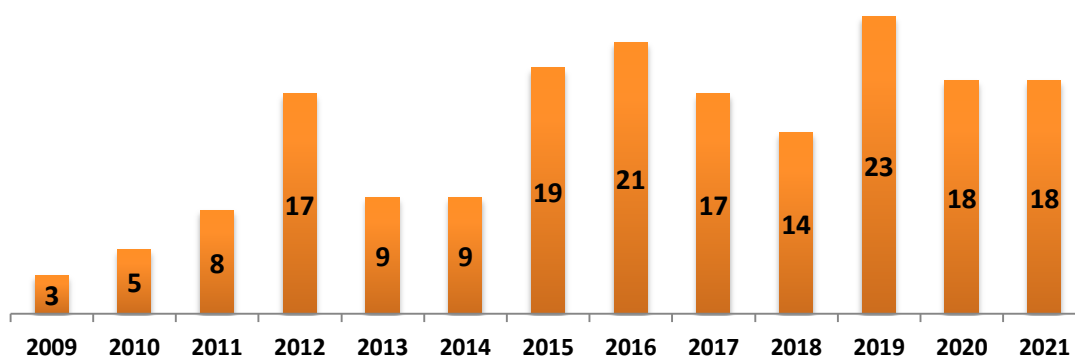
Výkon zabezpečovací detence byl zřízen ve vazební věznici v Brně, ve věznici v Opavě a roku 2022 přinesl otevření již třetího detenčního ústavu umístěného v pražské Pankrácké věznici. Vazební věznice Brno se stala vůbec první věznicí u nás, ve které toto speciální oddělení bylo otevřeno. Dle slov generálního ředitelství vězeňské služby ČR má plnit funkci „vstupního filtru“.⁹

⁹ Základní informace, Vězeňská služba České republiky. [online]. vscr.cz.[cit. 15. 1. 2022]. Dostupné z: <https://www.vscr.cz/organizacni-jednotky/veznice-a-upvzd-opava/sekce/zakladni-informace>.

1.3. Ústav pro výkon zabezpečovací detence Brno

Za zdmi brněnské vazební věznice, byl dne 1. 1. 2009 zřízen první ústav pro výkon zabezpečovací detence v České republice. Byly tak vyslyšeny návrhy odborníků, kteří chtěli u vybraných delikventů nahradit nefunkční ochranné léčení za zabezpečovací detenci. Z kroměřížské psychiatrické léčebny byl 16. 3. 2009 dodán policií ČR první „chovanec“.

V dnešní době je ve VVaÚpVZD Brno umístěno 59 chovanců, z čehož je 12 žen. (aktuálně k 1. 1. 2022). Z grafu č. 1 vyplývá vývoj uložení zabezpečovací detence od jeho založení v roce 2009 až po dostupná data roku 2021. V prvních letech je patrný pouze mírný vzestup, který si lze vysvětlit jako seznamování s využíváním tohoto instrumentu. Jelikož se osvědčil, dochází pak v roce 2012 k razantnímu skoku v podobě uložení detence sedmnácti osobám. Tento trend v následujících letech zůstává a mírně roste, až na odchylky v letech 2013-2014. Lze tedy konstatovat, že ukládání zabezpečovací detence je již ukotveno a stává se využívaným nástrojem české justice k dosažení ochrany společnosti.



Graf 1 Vývoj nástupu chovanců do VVaÚpVZD Brno v letech 2009 až 2021

Do zabezpečovací detence jsou delikventi umístěni vždy na dobu neurčitou, avšak jak uvádí důvodová zpráva k zák. č. 129/2008 sb., délka trvání tohoto typu ochranného opatření je závislá na soudním přezkoumání. Na základě vypracované zprávy z řad specialistů detenčního ústavu má soud za povinnost přezkoumat, zda trvají důvody pro setrvání v tomto specializovaném

typu léčby, a to v minimálním ročním intervalu. Výsledkem tohoto přezkoumání je pak ponechání chovance i nadále ve stejném režimu nebo rozhodnutí o převedení do některého běžného typu ochranného léčení.

Samotnou realizaci ústavního léčení v zabezpečovací detenci lze rozdělit do dvou základních fází.

- **První fáze**, nazývána adaptační období, začíná po umístění chovance na specializované oddělení a trvá přibližně 4 týdny. Dá se přirovnávat k jaké si izolaci, v níž chovanec absolvuje celou škálu vstupních pohovorů a vyšetření.
- **Druhá fáze** následuje po stanovení způsobilosti, kterou psycholog stanoví začlenění jednotlivých chovanců do skupin. Dle duševní poruchy se jedná především o poruchy osobnosti, poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek, sexuální devianty či mentálně retardované jedince. Po postupném začlenění do skupin určí speciální pedagog nabídku činností, tzv. „program zacházení“. Program zacházení lze vysvětlit jako nabídku aktivit, které je institut schopen realizovat či zajistit. Každý chovanec má možnost si zvolit kombinaci aktivit sám, dle svých zájmů. Tím se ale zavazuje na jejich účasti až do doby aktualizace tohoto programu, který je v rámci tříměsíčního cyklu vyhodnocován a následně aktualizován.

Jednotlivé aktivity, které mají charakter terapeutický, tedy povinný nebo volitelný se dále dělí dle zaměření:

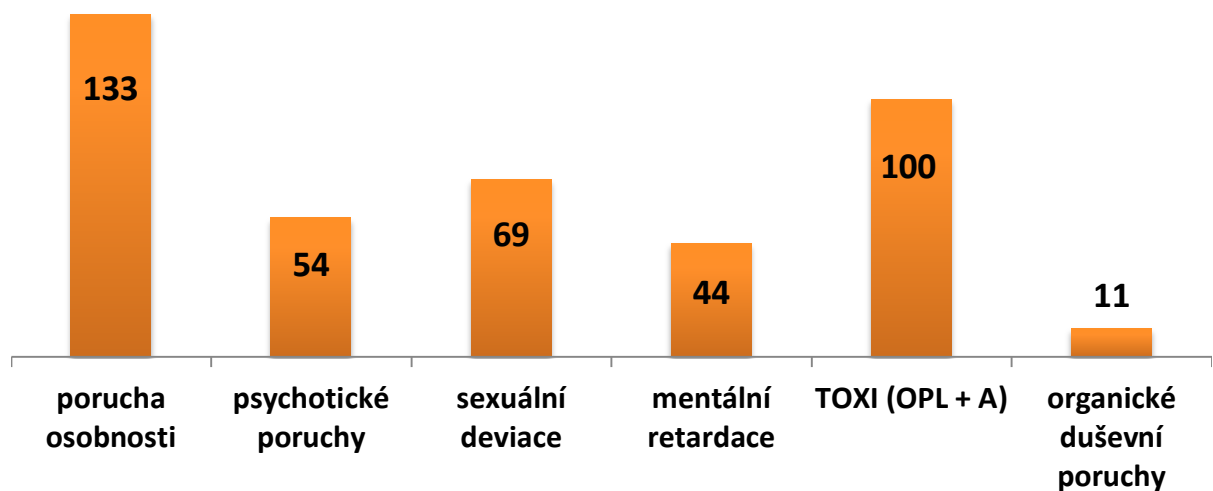
- vzdělávací (například trivium a logopedie)
- speciálně-výcvikové (v koordinaci psychologa, sexuologa či psychiatra)
- sebeobslužné (kroužek vaření, nákupy)
- ergoterapie (léčebná metoda za přispění práce na zahradě nebo v dílnách)

- sportovní (tělocvična, sportovní hřiště)
- volnočasové (videoklub, akvaristika, společenské hry)
- speciální (pastorační pohovory s knězem, pohovor s nadací Podané ruce)

Tento systém je personálně zabezpečen zdravotním personálem, příslušníky VSČR, kteří zajišťují bezpečnost, dvěma terapeuty, dvěma vychovateli, dvěma speciálními pedagogy a v neposlední řadě psychologem. Všichni zaměstnanci se společně podílí na každodenní činnosti, přičemž věnují potřebnou pozornost plnění denního řádu a časového harmonogramu dne. Hlavní cíle při společných aktivitách a terapiích jsou zaměřeny na snížení stresu, napětí a celkového působení na psychiku chovanců.

Vzhledem k velké škále různých terapeutických aktivit a jiných činností je patrné, že se nejedná o pouhou izolaci, ale jde o způsob výchovného působení a následnou přípravu na možné propuštění z ústavního léčení zpět do běžného léčebného procesu.

Do VVaÚpVZD se umisťují delikventi, u kterých ochranné léčení neplní svůj účel. Jedná se o chovance, kterým byla klasifikována jedna či více diagnóz dle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10). Graf č. 2 zobrazuje počet chovanců s vybranými diagnózami spadající do zmiňované klasifikace, kteří byli ve sledovaném období 2009–2021 umístěni v brněnské Vazební věznici a ústavu pro výkon zabezpečovací detence. Je patrné, že nejvýše zastoupenou diagnózou, s celkovým počtem 133 osob, je porucha osobnosti. Druhá nejčastější diagnóza je toxikománie, alkoholismus a závislost na omamných psychoaktivních látkách. V grafu označeno jako TOXI (OPL + A) necelou polovinu počtu pak dosahují psychotické a mentální retardace. Nejnižší počet jedenácti osob pak představují chovanci se stanovenou diagnózou organických duševních poruch. O jednotlivých diagnózách pojednám v samostatných kapitolách.



Graf 2 Stanovené diagnózy u chovanců ve VVaÚpVZD Brno v letech 2009–2021

2. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN)

Mezinárodní klasifikace nemocí je prostředek pro standardní diagnostiku epidemiologických, zdravotnických a klinických účelů. Tento postup klasifikace nemocí využívá převodu jednotlivých diagnóz dle abecedně-číslicového kódování. Mezinárodně uznávanou zkratkou je ICD (*International of Diseases*). Významem MKN lze volně přeložit jako přehledné zaznamenávání a porovnávání dat o nemocech a úmrtnosti napříč mezinárodním spektrem.¹⁰

První uznávaná mezinárodní klasifikace, která byla přijata v Chicagu roku 1893, pojednávala pouze o příčinách úmrtí, anglicky *Classification of Causes of Death*. Jejím představitelem a průkopníkem byl francouzský lékař a statistik Jacquesem Bertillonem, dle kterého se jí také říkalo Bertillova klasifikace příčin úmrtí. Díky návrhům z řad odborníků se tato klasifikace postupem času doplňovala a v pravidelných desetiletých intervalech i aktualizovala. V roce 1910 byla vydána první oficiální revize. Roku 1938 byla vydána již pátá revize, ve které poprvé bylo vydáno množství rozšíření. V mnohých zemích již obsahovala i nemoci, které nebyly smrtelné. (Moriyama et al., 2011).

Česká republika v dnešní době používá Mezinárodní klasifikaci nemocí s označením „MKN-10“, což odpovídá desáté revizi. V účinnost vešla 1.1.1993 a její celý název je „Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů“¹¹

Mezinárodní klasifikace nemocí desáté revize, která je využívána v České republice, je publikována do tří částí. První část nazývaná Tabelární, obsahuje přesnou klasifikaci všech nemocí s příslušnými kódy začleněnými do jednotlivých kapitol. Instrukční příručka je druhou částí zahrnující pravidla ulehčující práci s klasifikacemi. Poslední třetí část tvoří abecední seznam veškerých dostupných diagnóz s danými kódy.¹²

¹⁰ International Classification of Diseases (ICD). 2016. World Health Organization. [online] [cit. 20. 1. 2022]. Dostupné z: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>.

¹¹ tamtéž

¹² tamtéž

Pod písmenem F je v „MKN-10“ zařazen přehled hlavních diagnóz zabývajících se duševními poruchami a poruchami chování. Tyto poruchy jsou hlavním pojítkem umístování delikventů do ústavních léčeben, potažmo do zabezpečovacích zařízení „detence“. Pro přehled uvádím v tabulce č. 2 jednotlivé diagnózy.

F00-F99	PORUCHY DUŠEVNÍ A PORUCHY CHOVÁNÍ
F00-F09	Organické duševní poruchy včetně symptomatických
F10-F19	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
F20-F29	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
F30-F39	Afektivní poruchy (poruchy nálad)
F40-F48	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
F50-F59	Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami
F60-F69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých
F70-F79	Mentální retardace
F80-F89	Poruchy psychického vývoje
F90-F98	Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání
F99	Neurčené duševní poruchy

Tabulka 1 Přehled hlavních diagnóz uvedených pod písmenem F

Upraveno dle Orla a kol. (2016, str. 133-136.)

3. Stanovené diagnózy u chovanců v detenčním ústavu Věznice Brno

V následující kapitole se budeme zabývat duševními poruchami u chovanců soustředěnými v detenčním ústavu Věznice Brno. K těmto patří poruchy osobnosti, duševní poruchy vyvolané užíváním psychoaktivních látek, organické duševní poruchy, chovanci se sexuální deviací a mentální retardací. U všech je důležité včasné diagnostikování a správný výběr terapeutického postupu.

3.1. Poruchy osobnosti

Nejčtenější skupinou v detenčním ústavu jsou chovanci postiženi jednou z forem poruch osobnosti, jedná se o nejsnadněji a nejsporněji diagnostikovanou psychickou poruchu vůbec. Dle mezinárodní klasifikace nemoci 10. revize.

Za poruchu osobnosti jsou považovány nepřiměřeně výrazné rysy chování, které se neprojevují pouze v jedné situaci, ale zpravidla i v situacích, kdy je chování v dané situaci nevhodné. Projevy se objevují zpravidla v období dospívání a přetrvávají velice dlouho. V pozdní dospělosti se tyto projevy mohou zřetelně zmírňovat a nejsou spojeny s organickým, či jiným poškozením osobnosti. (Praško,2015)

Mezinárodní klasifikace nemocí ve své desáté revizi pod písmenem F hovoří, že poruchy osobností jsou: *„hluboce zakořeněné a přetrvávající vzorce chování, projevující se jako neměnné odpovědi na široký rozsah osobních a sociálních situací. Představují extrémní, nebo významné odchylky od způsobů, kterými průměrný člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a zvláště utváří vztahy k druhým. Takové vzorce chování mají tendenci být stabilní a zahrnovat různé oblasti chování a psychologického fungování. Jsou často, i když ne vždycky, sdruženy s různým stupněm subjektivní tísně a narušení sociálního výkonu“.* (MKN – 10, str. 177)

Skupina poruch osobnosti je velice rozmanitá, a to stejné se dá říci o léčbě samé. Každá porucha má zapotřebí specifické terapeutické vnímání. Nejobvyklejšími metodami u jedinců s některou z duševních poruch je například skupinová psychoterapie, individuální psychoterapie nebo terapeutické komunity.

3.2. Duševní poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek

Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem užívání psychoaktivních látek či v závislosti na nepřiměřeném užívání alkoholu jsou druhou nejčastější diagnózou určenou u delikventů nastupujících do detenčního ústavu. Zneužívání psychoaktivních látek, a s tím i následná závislost, je velkou zátěží jak pro osobu samotnou, tak i pro celou společnost. Jednak je díky těmto látkám zatížen zdravotnický i sociální systém, ale také se velkou měrou podepisuje na vzrůstající kriminalitě.

Časté užívání těchto látek může mít za následek vyvolání psychotických poruch neboli psychóz. Jedná se o širokou skupinu poruch, pro které je charakteristické narušení vnímání a myšlení. U vnímání hovoříme o přítomnosti halucinace, kdežto u myšlení jsou přítomna nevyvratitelná přesvědčení, tudíž bludy. V případě nadměrného užívání alkoholu se projevují zpravidla až po několika letech.¹³

Při pohledu na různé problematiky, které jsou spojené s duševními poruchami způsobené užíváním psychoaktivních látek či alkoholu, se názory odborné veřejnosti mnohdy liší. Shodu ale spatřují v konstatování, že osoba závislá na drogách potřebuje odbornou pomoc k zbavení se závislosti. Konstatování je vhodné pouze po splnění podmínky, kterou je odhodlanost osoby se ze závislosti léčit. Nejdůležitější podmínkou pro dosažení abstinence, která je u většiny případů doživotní, je motivace.¹⁴ Pachatelé, kteří se rozhodli léčit z některé ze svých závislostí v rámci výkonu trestu či zabezpečovací

¹³ Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Praha: ÚZIS ČR, 1992, s. 143

¹⁴ FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5046-0. s. 111

detence, mají možnost poradenských sezení např. s institucí „*Podané ruce*“. Tato nezisková organizace za klienty dochází externě několikrát v týdnu. Dále mají možnost využít pohovor s psychiatrem, který jim může zajistit podpůrnou léčbu, spočívající např. v podávání metadonu. Léčba je navíc doplněna o individuální terapie nebo skupinové terapie, tzv. komunity.

Nejdůležitější pomoc je spatřována v pokusu o sociální integraci, kdy je snahou začlenit jedince zpět do společnosti. Tímto krokem se zamezí další recidivě.

3.3. Sexuální deviace

O sexuální deviaci se dá hovořit jako o poruše duševního zdraví, avšak je často zaměňována s termínem „*sexuální delikvence*“. Sexuálním delikventem se stává až osoba po spáchání sexuálně motivovaného trestného činu a nikterak nemusí trpět deviací. Nejčastějšími agresory bývají zpravidla muži, kdy se jedná o násilnické jedince, povětšinou pod vlivem alkoholu nebo drog, trpící poruchami osobnosti disociálního typu.¹⁵

V detenčním ústavu Věznice Brno se nachází chovanci trpící sexuální deviací, kteří se ve velké míře dopouští sexuálně motivovaných vražd, kdy nejnebezpečnějšími poruchami jsou především patologická sexuální agresivita, sadismus a pedofilie.

- **U patologické sexuální agresivity** se jedná o zvláštní poruchu sexuální motivace. Z odborného hlediska je třeba ji vnímat jako velmi závažnou protispolečenskou poruchu sexuální preference. Pachatelé mají snížené ovládací schopnosti. Projevují se útokem na neznáme ženy s jediným cílem, kterým je pohlavní styk a dosažení koitu. K vzrušení dochází u těchto jedinců překonáváním

¹⁵ VENGLÁŘOVÁ, Martina a Petr EISNER. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0373-5. Str. 40-41

a snížením vzdoru napadené oběti. K ochraně společnosti je důležitá sexuologická ústavní forma léčení.

- **U sadistů** dochází k vzrušování jak fyzickým, tak i duševním utrpením. Jde mu především o dosažení kontroly nad napadenou osobou, kdy způsobuje fyzickou i duševní bolest své oběti. Oběť v tomto případě může být kdokoliv, jak náhodná osoba, s kterou naváže agresor kontakt, ale stejně tak i vlastní žena. Hlavním rozdílem u sadistů je cíl útoku, kterým není vynucení si pohlavního styku, ale k vzrušení dochází ponižením a trýzněním oběti.¹⁶
- **Pedofilie** „Pedofilové,“ jak nazývá veřejnost osoby trpící „pedofilií,“ se dá definovat mnoha způsoby. Podle Hartla a Hartlové (Psychologický slovník, 2000, str. 403) se dá výše zmíněné duševní onemocnění vyložit jako *„Pedofilie (pedophilia), pederosis, dle MKN-10 řazeno mezi poruchy sexuální preference, zaměření na děti, nejčastěji prepubertálního nebo časného pubertálního věku. Objevuje se u obou pohlaví, zhruba u 1-2 % populace, více ve stáří. Výběr partnerů je hetero-či homosexuální, častěji je u heterosexuálních mužů, objekty jsou u některých pouze dívky, u jiných pouze chlapci, případně i obě pohlaví. Pedofilové obvykle dobře komunikují s dětmi, získávají si je dárky a pozornostmi, zastrašováním a hrozbou nutí dítě o pohlavním styku mlčet. Je-li dítěti méně než 15 let, jedná se o trestný čin. Pedofilové mají zpravidla zachovanou preferenci pro dospělé sexuální partnery, ale protože jsou jimi chronicky flustrováni, obracejí se na děti jako na náhradní objekty.*

Chovanci, kterým byla diagnostikována některá z výše jmenovaných sexuálních deviací, jsou na odděleních detenčních ústavů zastoupeni v hojném počtu. Jedná se především o delikventy, kteří již za sebou mají předchozí

¹⁶ Blatníková Š., *Problematika Zabezpečovací detence*, 2010. Str.74-75.

zkušenost s ambulantní nebo ochrannou léčbou, avšak nebyla pro ně dostačující. V mnoha případech to vyústilo až v nejzávažnější spáchaní trestného činu, kterou bezesporu vražda je. Pro dostatečnou ochranu společnosti u takto závažných deliktů a deviací je nutné dlouhodobé sledování, a to i po propuštění. Zejména pak u pedofilních pachatelů, kteří recidivují i velmi dlouhou dobu po propuštění.

Pro léčení sexuálních deviantů se v detenčním ústavu využívá zejména léčba:

- **Biologická** vycházející ze snížení sexuální aktivity za pomoci podání antiandrogenů.
- **Psychoterapie** zaměřena na důkladnou sexuální anamnézu pacienta, možnosti přizpůsobení formy sexuálního chování, prevenci recidivy a uvědomění si důležitosti sexuální motivace
- **Pracovní terapie**, jejímž cílem je dosažení či obnovení pracovních návyků jako jedné ze složek resocializace

Hlavním principem léčby sexuálních deviantů je zejména prevence recidivy a cílem pro člověka s deviací je zásadní získání náhledu nad svojí deviací.

3.4. Psychotické poruchy

Typickým psychotickým onemocněním je **schizofrenie**, kdy hlavní charakteristikou schizofrenie je závažné psychotické onemocnění, vyznačující se chronickým průběhem. Tento typ onemocnění postihne jedince v jeho kvalitě života, častou pracovní neschopností a trvalou invaliditou. Jak uvádí Seifertová a kol. (2004, s. 48) toto onemocnění má negativní dopad na celou rodinu postiženého. Dále doktor Orel (2012, s. 114) uvádí, že schizofrenie je mnohotvárné duševní onemocnění, u kterého jedinec mění své chování i postoj k realitě. Objevují se pestré příznaky, kdy je narušeno vnímání, myšlení, emoce i motivace nemocné osoby.

Nejčastějším druhem vyskytujícím se u chovanců omezených na svobodě, kteří jsou umístěni pro svoji léčbu v detenčním zařízení, je schizofrenie, přesněji paranoidní schizofrenie. Pro tento druh je typicky převládajícími znaky výskyt bludných přesvědčení až perzekučního rázu, které mohou být doprovázeny sluchovými halucinacemi. Delikventi s paranoidní schizofrenií se dopouštějí velkého množství páchaní trestné činnosti, kdy k té nejnebezpečnější dochází při tzv. „*schizofrenních raptech*“. Pachatel při tomto raptu může mít na svědomí rozsáhlý masakr, kdy si převážně vše pamatuje, ale v důsledku psychotické poruchy si svůj čin vyloží formulací „jen mě to tak napadlo“.

K léčbě schizofrenického onemocnění se v dnešní době nejčastěji používá farmakoterapie s kombinací podávání antipsychotik. Další možností je elektrokonvulzní terapie, která i přes rozdílné názory mezi odbornou veřejností má prokazatelnou efektivnost. Tento druh terapie se ve velké míře doplňuje o správně zvolenou formu psychoterapie (sociální nácvik dovedností či sociální terapie).

3.5. Mentální retardace

O mentální retardaci hovoříme tehdy, kdy intelekt není dostatečně rozvinut a to nejen při narození, ale pokud vada vznikne i v raném dětství. (Orel, 2012, s. 79)

Dle vážnosti se hovoří o lehké, střední, těžké nebo hluboké mentální retardaci. Tato závažná porucha je vrozená nebo se získá do dvou let života člověka. Dle příznaků převládá porucha intelektu, kdy je ovšem postižena celá psychika. K určení stupně mentální retardace se využívá inteligenční kvocient (I.Q. z anglického intelligence quotient). U lehké mentální retardace se IQ pohybuje okolo 50 až 69 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 až 12 let.) Hodnoty IQ 35 až 49 a 20 až 34 označují střední a těžký stupeň mentální retardace. Tito jedinci jsou převážně nevzdělaní a nápadnými rysy jsou i tělesné vady. U posledního stupně hluboké retardace dosahuje IQ maximální hodnoty 20 a osoby s tímto postižením nejsou schopny samostatnosti a potřebují pomoci, a to jak s pohybováním, komunikací, tak i s hygienickou péčí.

Ačkoli by chovanci s mentální retardací umístění v detenčním ústavu Vazební věznice Brno zasloužili být zařazeni spíše do specializovaných zařízení, tak z důvodu spáchání trestného činu, a to zvláště toho násilného, se umísťují právě sem. Hlavním důvodem je eliminace potenciálního rizika vyplývajícího z nebezpečnosti těchto osob. U chovanců s mentální retardací se k terapii využívá jednak léků ke zvládnutí poruch chování, ale ve větší míře je zde použita psychoterapie, kdy se používají nácviky sociálních dovedností.

3.6. Organické duševní poruchy

U chovanců, kterým byl diagnostikován tento druh duševní poruchy, se v zabezpečovací detenci objevují za dobu jejího fungování jen zřídka. Příčina může být v dostatečném působení jiných druhů ochranných opatření. Pojem organické duševní poruchy sdělují pouze informaci o tom, že tato duševní porucha vznikla na základě organického původu. Důvodem této skutečnosti je fakt, kdy je třeba upřesnit, které psychické funkce a jak závažně jsou poškozeny. A tím i určit hlavní diagnózu.

Organické duševní poruchy vznikají na základě poškození mozku. Nejčastěji se jedná o pouhrazové stavy nebo nádory mozku. Projevují se především zpomalením psychiky, poklesem psychické výkonnosti a náročným vzpomínáním na předchozí události. Fyzickým poškozením nebo nemocí mozku je zasažena oblast psychiky a jedná se především o poruchy nálad, halucinace, poruchy vědomí či demenci. Nejčastější formou, se kterou se v praxi setkáváme, je syndrom demence.

Demence představuje velkou škálu vážných duševních onemocnění, která se projevuje zejména poškozením kognitivní funkce. Nejčastějšími příznaky bývá porucha paměti, výkonnosti, organizování, orientace a komunikace. V mnohých případech se vyskytuje porucha emocí, která má za

následek změnu chování vedoucí k neadekvátním reakcím či agresivitě. S rostoucí demencí se všechny symptomy zhoršují, a postižená osoba tak ztrácí kontrolu nad dodržováním základních hygienických potřeb. V poslední fázi, kdy už je osoba postižená touto nemocí odkázaná na péči druhých, se objevuje inkontinence. Demence se objevuje především v pokročilém starším věku, ale je možné se s touto nemocí setkat už od dětského věku. Její vznik je podmíněn genetickým nebo negenetickým základem. U negenetického původu si osoba rozvoj demence zapříčinila sama, a to užíváním toxických látek (toxická demence) nebo nadměrným požíváním alkoholických výrobků (alkoholová demence).¹⁷

Léčba duševních organických poruch je závislá na správném určení příčin vzniku a jejich příznacích. V této souvislosti se dají používat různé metody léčby, a to počínaje podáváním medikamentů, operativními zákroky až po psychoterapii, fyzioterapii či různá rehabilitační cvičení. Nejdůležitějším krokem je u postižené osoby aktivovat plánovací činnosti a jejich dodržování.

¹⁷ OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5516-8. Str. 140 a 147.

4. Terapie duševních poruch

V ústavu pro výkon zabezpečovací detence, která je zřízena ve Vazební věznici Brno, se používají různé druhy léčení a terapií. Z profesního hlediska hovoříme zejména o biologicky zaměřené léčbě (farmakologické i nefarmakologické), psychoterapie a rehabilitace v psychiatrii.

4.1. Biologicky zaměřená léčba

Biologická léčba cílí především na mozek a procesy odehrávající se v mozku. Nejbezpečnější formou biologické léčby je **farmakoterapie**. Ta funguje na principu podávání různých psychofarmak, která pomohla ustálit psychický stav a v mnoha případech se zbavit psychických poruch. Nejčastěji obsahuje podávání:

- antidepresiv, sloužících k léčbě depresí,
- antipsychotik, majících vliv na psychickou integraci a potlačení psychotických příznaků,
- anxiolytik, určených k potlačování úzkosti, napětí či pocitů strachu,
- hypnotik, působících tlumivě na mozek k cílenému navození spánku.

Přínosy a úspěchy v oblasti biologické léčby jsou nesporné. Má-li být však terapie komplexní, neobejde se biologická léčba bez psychoterapie či psychiatrické rehabilitace. Stejně je tomu i v opačném případě, jak uvádí Petr, Marková a kol. (2014, s. 93).

Za pomoci správné aplikace farmakologické léčby dosáhneme stanovených cílů, při dodržení:

- aplikací léků ve správném dávkování a v přesně stanovené době,
- ustálení počtu léčebných metod,
- správně stanoveném dlouhodobém lékovém režimu,
- kombinací farmakologické léčby s psychologickými léčebnými metodami,

- soustavném výchovném procesu pacientů a jejich rodin.¹⁸

Dle Orla a kol. (2016, str. 249.) pomohlo objevení a zavedení řady psychofarmak stabilizovat psychický stav a v řadě případů se doslova vymanit ze spárů psychických poruch. Léčba biologicky zaměřená tak úspěšně pomáhá k návratu do funkčního života. Nesmíme však zapomínat, že i přes veškerou svoji úspěšnost není žádná léčba všemocná a v mnohých případech se dá konstatovat její bezmocnost. Zjednodušeně řečeno, každá moc nese jak pozitivní stránky, tak přináší s sebou i ty negativní.

I když patří předepisování psychofarmak k nejrozšířenější oblasti biologické léčby, zasluhuje pozornost i její **nefarmakologická forma**, a to v podobě elektrokonvulzní terapie. Je častokrát označována nepřesným výrazem „elektrošoková terapie“ a je předmětem častých diskuzí. Příčinou dle Seifertové a kol. (2004, s. 408) je to způsobeno dvěma hlavními negativy. První je bezpochyby fakt, že je používáno elektrického proudu na hlavě pacienta. Tím druhým je historický fakt, kdy elektrokonvulzní terapie byla používána v nevhodném léčebném postupu.

V dnešní době je elektrokonvulze již důsledně indikována. Tato metoda léčby pomáhá u nejzávažnějších psychiatrických stavů, kdy podávání psychofarmak je u nemocného člověka rezistentní k jeho formě psychiatrické poruchy. Vzhledem k těmto přednostem se často využívá k léčbě depresivních poruch, mánie, schizofrenie či některých forem organických duševních poruch.¹⁹

4.2. Psychoterapie

Psychoterapie lze definovat mnohými způsoby. Za zmínku stojí prohlášení pana docenta Skály: „*jedná se o utkání, v němž boduje terapeut a vítězí pacient*“. Psychoterapie tedy představuje záměrné a cílené působení

¹⁸ BEER, M. Dominic, Stephen M. PEREIRA a Carol PATON. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0363-7. str. 61.

¹⁹ OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5516-8. str. 283

psychoterapeuta a pacienta, v našem případě chovance. Psychoterapeut se snaží osobě pomoci v problémech jeho života, v poznání jeho samotného či v jeho smyslu či sebe realizaci. Cílem psychoterapie nejen v detenčním ústavu, ale ve všech druzích ochranných léčeben, je primárně zmírnit nebo odstranit potíže nějaké patologie.²⁰

Druhy psychoterapie, její postupy a účinnost shrnují Petr a kol. (2014, s. 190):

- kognitivně-behaviorální terapie, vychází z přesné diagnostiky aktuálního způsobu myšlení a chování a odstraňování problematického chování,
- emočně orientované psychoterapeutické přístupy, používající stimulace autobiografické paměti a ovlivňující nálady za pomoci vzpomínek,
- přístupy zaměřené na stimulaci, zahrnující aktivity a rekreační terapie, kterými jsou kupříkladu hry, muzikoterapie, taneční terapie či kontakt se zvířaty.

Komplexně lze konstatovat, že jako nástroje psychoterapie se jeví konkrétní způsoby, techniky, metody a prostředky, které se ve sféře psychoterapeutických procesů používají. Jak uvedl Orel (2012, s. 226) jedná se například o rozhovor, nácvik, přehrávání rolí, rozbor snů, práce s hlínou či barvami.

Na závěr je třeba říci, že psychoterapie je vhodným doplňkem k jiným druhům léčebných forem, které se využívají v psychiatrii, a představuje v rámci terapeutických činností nenahraditelný nástroj.

4.3. Rehabilitace v psychiatrii

Poslední formou s terapeutickým přístupem, o kterém je zmíněno, je rehabilitace v psychiatrii. Všeobecně se dá konstatovat, že tato forma přístupu směrem k pacientovi má vliv k obnově porušených funkcí, nebo dokonce návratu

²⁰ DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9. str. 345.

do původního stavu. Cíl rehabilitace se spatřuje ve zvýšení nebo obnovení celkové funkční zdatnosti a zvětšení kvality života.

Dělení rehabilitace v psychiatrii dle Orla (2016, s. 299) je dle zaměření na:

- újmy primární, kdy se jedná o postižení samotným vlivem psychického onemocnění.
- újmy sekundární, vznikající následkem léčby, kdy příčinou můžou být nežádoucí účinky podávaných psychofarmak nebo důsledkem psychického onemocnění (např. negativní postoj společnosti při návratu z psychiatrické léčby).

Psychiatrická rehabilitace je proces, kdy konečným cílem je resocializace nemocného. Jak uvádí Dušek (1990, s. 79-80), jedná se o navrácení do původního sociálního prostředí s tím, aby se v něm dokázal pohybovat a projevovat stejně jako před onemocněním. Dosáhnutí obnovy disfunkcí lze pouze s přispěním pacienta. V opačném případě se pacient s chronickou disfunkcí musí naučit žít. Podle Venglářové (2006, s. 175) toho lze dosáhnout úpravou pacientova prostředí, rozšířením nebo záměnou sociálních služeb či učením pacienta zacházet s projevy jeho poruch.

Všechny formy zahrnující v samotné psychiatrické rehabilitaci uvádí Orel (2016, s. 299). Jedná se o rehabilitaci léčebnou, pedagogickou, pracovní a sociálně-psychologickou (dá se tedy konstatovat, že pojímá psychiku, vztahovost, tělo i ducha a vychází z celostního přístupu). Stejný autor dále uvádí, že součástí psychiatrické rehabilitace je také lázeňská léčba (balneoterapie). Tato léčba se využívá nejenom v samotné léčbě, ale značně je využívána i v prevenci.

Praktická část

V praktické části bakalářské práce, za pomoci popisné metody, budou u náhodně vybraných pěti chovanců a jedné chovanky detenčního ústavu ve Věznici Brno popisovány metody a formy psychologického působení. Za určité sledované období bude vyhodnoceno plnění **dílčích cílů**, ale také částečně cíl **dlouhodobý**. Oba tyto cíle vedou k eliminaci nebezpečnosti u těchto osob, a to z hlavního důvodu, kterým je ochrana společnosti.

U dílčích cílů je sledovaným obdobím stanoven časový úsek 3 měsíce. V tomto časovém období bude popsáno a shrnuto plnění následujících 5 cílů:

- Kvalitativní vyhodnocení účasti chovance v programu
- Vnější projevy chování a jejich vývoj v průběhu pobytu v ústavu
- Ochota a motivace ke spolupráci
- Rizika související s pobytem v ústavu
- Budování a posilování sociálních vazeb

Dlouhodobý cíl, také nutno zmínit, že se jedná o hlavní cíl, spočívá v přípravě na přemístění chovance k podstoupení ochranného léčení v civilním zařízení psychiatrické nemocnice. Ten je vyhodnocován jednou ročně a je závislý na plnění cílů dílčích (u mladistvých je vyhodnocován 1x za 6 měsíců).

K vypracování popisu forem a metod psychologického působení, jakožto i vyhodnocení plnění dílčích cílů a dlouhodobého cíle, byl použit sběr dat. K získání dat potřebných ke zpracování popisu metod a forem psychologického působení a vyhodnocení sledovaných cílů bylo využito náhledu do spisu náhodně vybraných chovanců a chovanky. Zde bylo zapotřebí dodržet dvě podstatné podmínky, kterými jsou předchozí schválení o provedení sběru dat ředitele Vazební věznice a ústavu pro výkon zabezpečovací detence Brno (viz. příloha, s. 62) a dodržení anonymity.

V přehledném seznamu je uvedeno 5 zpracovaných chovanců a jedna chovanka. U každého z nich je zaznamenáno pohlaví, věk, stanovená diagnóza a spáchaný trestný čin, který vedl k jeho umístění do výkonu zabezpečovací detence ve věznici Brno. Bližší informace o jednotlivých chovancích, kterými jsou diagnostický závěr a osobní a rodinná anamnéza, budou zmíněny ve stručné kazuistice (viz. příloha s. 58-61).

Označení	Pohlaví	Věk	Stanovená diagnóza	Spáchaný čin vedoucí k umístění do detence
Chovanka č. 1	žena	22	Porucha osobnosti	Vyhrožování zabitím vychovatelkám ústavu, při snaze zabránění v útěku došlo k těžkému ublížení na zdraví jedné z vychovatelek a poničení zařízení výchovného ústavu.
Chovanec č. 2	muž	33	TOXI	Při užívání alkoholu a drog opakovaně páchá loupežná přepadení, při pobytech v léčebných ústavech napadá jak spoluchovance, tak i personál.
Chovanec č. 3	muž	55	Sexuální deviace	Dopustil se pěti ataků na nezletilé ženy během dvou dní, přičemž dvanáctiletou dívku ve výtahu sadisticky znásilnil.
Chovanec č. 4	muž	33	Psychotická porucha	Při návštěvě prarodičů se projevily známky paranooidní schizofrenie, přičemž slyšel hlasy a oba prarodiče usmrtil mnohočetnými bodnořeznými ranami po celém těle.
Chovanec č. 5	muž	55	Mentální retardace	Zavraždil svého kamaráda kvůli rozepři o cigarety a cukru, kdy jej úmyslně říznul kuchyňským nožem do pravé části krku.
Chovanec č. 6	muž	63	Organická porucha	Z nezjištěných důvodů usmrtil zvlášť trýznivým způsobem svoji družku, kterou následně několik měsíců ukrýval v úložném prostor u válendy v ložnici svého bytu.

5. Příklady psychologického působení na vybraných chovancích

5.1. Chovanka č. 1

Metody a formy psychologického působení:

Chovanka č. 1 se ve sledovaném období zúčastnila následujících aktivit:

Povinné:

- **léčebné a psychoterapeutické programy** – Zde se 8x zúčastnila skupinové psychoterapie s lékařem psychiatrem a 9x skupinové psychoterapie s psycholožkou.
- **Speciálně výchovných aktivit** – Nezúčastnila se žádné.

Ostatní nabízené aktivity:

- **Sociálně terapeutické činnosti** – Účastnila se 1x se sociálním pracovníkem.
- **Rehabilitační aktivity** – Účast 1x trénink kognitivních funkcí, 5x pohybové aktivity v tělocvičně a 1x brigádnické činnosti.
- **Vzdělávací aktivity** – 1x výuka základů anglického jazyka.
- **Uspokojování kulturních potřeb** – V hodnotícím období bylo sledování televize sporadické a odvíjelo se od aktuální nálady. Více se věnovala poslechu rádia a četbě na pokoji.
- **Sebeobslužné aktivity** – 2x účast na kroužku vaření. Pravidelné týdenní nákupy v kantýně. Při kontrolách dodržování pořádku na pokoji a osobní hygieny má občasné problémy.
- **Duchovní péče** – Ve sledovaném období navštívila ve dvou případech pastorační rozhovor s kaplanem.

Průběh stanovených dílčích cílů za sledované období:

Kvalitativní vyhodnocení účasti chovanky v programu

V hodnotícím období neobdržela chovanka v rámci hodnotícího systému žádné kladné ani záporné body. Především je nezbytná její permanentní kontrola v oblasti pořádku na pokoji a osobní hygieně, kdy v opačném případě se opětovně projevují nedostatky, které pramení z chybějících návyků z předchozího života.

Vnější projevy a jejich vývoj v průběhu pobytu v ústavu

Chovanka je ve sledovaném období ubytovaná s jinou chovankou. Za dobu jejich společného ubytování mezi nimi nebyl zaznamenán žádný větší konflikt. Stále však platí, že na některých aktivitách, včetně společných komunit, chovanka č.1 nezvládá svoje emoce a projevy. Je příliš hlučná a působí rušivě. Ne vždy je její chování a vyjadřování slušné a musí být personálem usměrňována.

Ochota a motivace ke spolupráci

Chovanka je dostatečně motivována k plnění stanovených cílů. Platí, že hovoří spíše o nápravě, i když realita je jiná. Její zájem a následná aktivita velmi často chybí a chování není vždy na požadované úrovni. Náhled na svoje umístění do detenčního ústavu se svojí trestní minulostí stále nemá.

Rizika související s pobytem v detenčním ústavu

Ve sledovaném období se k ostatním chovankám snaží chovat přátelsky, ale ne vždy se jí to daří, protože mívá výkyvy nálad a chování. V mnoha případech si vymýšlí. Je spíše výbušné povahy, často se chová arogantně a vulgárně ke svému okolí. Dovede být značně egoistická, kdy hledí pouze na sebe, ostatní ji nezajímá, city k ostatním nemá a neprožívá.

Budování a posilování sociálních vazeb

V budování a posilování sociálních vazeb nedošlo ve sledovaném období k žádné podstatné změně. Chovanka je svobodná, bezdětná a nadále udržuje korespondenční kontakt se svojí sestrou i bratrem. V tomto období neproběhla žádná návštěva.

Souhrn dílčích cílů: Vzhledem k výše uvedenému lze konstatovat, že krátkodobé stanovené cíle byly naplněny s nedostatkem.

Souhrn dlouhodobého cíle: Dlouhodobý cíl prozatím nebyl naplněn, a to ani zčásti. Na základě uvedeného odborná komise nedoporučuje soudu přeřazení chovance do ústavní ochranné léčby.

5.2. Chovanec č. 2

Metody a formy psychologického působení: Chovanec č. 2 se ve sledovaném období zúčastnil následujících aktivit:

Povinné:

- **léčebné a psychoterapeutické programy** – Nezúčastnil se žádné.
- **Speciálně výchovných aktivit** – Nezúčastnil se žádné.

Ostatní nabízené aktivity:

- **Sociálně terapeutické činnosti** – Účastnil se 1x se sociálním pracovníkem a 3x individuálního pohovoru s odborným zaměstnancem, především psychologem.
- **Rehabilitační aktivity** – 9x pohybové aktivity v tělocvičně nebo na hřišti ústavu a 4x práce na zahradě.
- **Zájmové aktivity** – Jedna účast na videoklubu.
- **Uspokojování kulturních potřeb** – Ve sledovaném období se pravidelně 5x týdně účastnil společného sledování televize, a to jak v dopoledních, tak i v odpoledních hodinách. Mimo této činnosti se věnoval poslechu rádia a četbě na pokoji.

- **Sebeobslužné aktivity** – Chovanec nemá problém s dodržováním osobní hygieny a pořádku i úklidu na pokoji. Má povoleno nosit civilní oděv, který si udržuje čistý a pere si jej v ústavní pračce. Pravidelně nakupuje v kantýně.

Duchovní péče – Ve sledovaném období nevyužil kontaktu s kaplanem.

Průběh stanovených dílčích cílů za sledované období:

Kvalitativní vyhodnocení účasti chovance v programu

Chovanec č. 2 v hodnoceném období získal 2 kladné body za práci v době svého osobního volna, ale také 3 záporné body za porušení pravidel slušného chování, neuposlechnutí pokynu zaměstnance, neplnění programu aktivit a kopnutí do zdi při vycházce.

Vnější projevy a jejich vývoj v průběhu pobytu v ústavu

Chovanec je ubytován ve dvojce s jiným chovancem, se kterým si ve sledovaném období rozumí. Jeho chování vůči ostatním chovancům i zaměstnancům ústavu zabezpečovací detence bylo v tomto období, až na dvě výjimky, na odpovídající úrovni a nebylo nutné řešit žádné další problémy.

Ochota a motivace ke spolupráci

Je si vědom toho, že se v minulosti choval nevhodně a tvrdí, že toto svoje jednání již nechce a nebude opakovat. Nyní říká, že je motivován ke spolupráci a zapojení se do nabízených aktivit, aby mohl být v budoucnu přemístěn do některých z psychiatrických nemocnic.

Rizika související s pobytem v detenčním ústavu

Chovanec se na podmínky ústavu zabezpečovací detence adaptoval celkem dobře, stále však nemá náhled na vlastní osobnostní patologii a rizika z toho plynoucí. Z důvodu nátlaku na splnění svých požadavků vyhrožoval v minulosti, i v tomto hodnotícím období, sebepoškozením. Na budování náhledu je třeba stále velmi aktivně pracovat.

Budování a posilování sociálních vazeb

Chovanec je svobodný a svéprávný. Z důvodu prakticky žádných rodinných vazeb je jeho sociální situace neměnná. Udržuje občasný korespondenční kontakt s kamarádem a v hodnotícím období napsal dopis neziskové organizaci „atlas for men“, od které obdržel balík s oděvem. O návštěvu si nepožádal.

Souhrn dílčích cílů: Vzhledem k výše uvedenému lze konstatovat, že krátkodobé stanovené cíle byly naplněny pouze částečně.

Souhrn dlouhodobého cíle: Dlouhodobý cíl prozatím nebyl naplněn, a to ani zčásti. Na základě uvedeného odborná komise nedoporučuje soudu přeřazení chovance do ústavní ochranné léčby.

5.3. Chovanec č. 3

Metody a formy psychologického působení: Chovanec č. 3 se ve sledovaném období zúčastnil následujících aktivit:

Povinné:

- **léčebné a psychoterapeutické programy** – Skupinové psychoterapie s psycholožkou se zúčastnil 10x.
- **Speciálně výchovných aktivit** – Nezúčastnil se žádné.

Ostatní nabízené aktivity:

- **Sociálně terapeutické činnosti** – Se sociálním pracovníkem se ve sledovaném období nezúčastnil.
- **Rehabilitační aktivity** – 6x pohybové aktivity v tělocvičně nebo na hřišti ústavu a 4x práce na zahradě.
- **Zájmové aktivity** – 2x videoklub a jedna návštěva akvaristiky.
- **Uspokojování kulturních potřeb** – Sledování televizních programů v odpoledních a večerních hodinách na kulturní místnosti oddělení se účastní prakticky denně. V době osobního volna se na svém pokoji věnuje poslechu rádia, četbě nebo hraní společenských her.

- **Sebeobslužné aktivity** – Jeho úroveň dodržování osobní hygieny a pořádku i čistoty na pokoji je na velmi dobré úrovni. Má povolen civilní oděv, který si sám pere. V kantýně nakupuje 1x týdně, dle svého uvážení.

Duchovní péče – Ve sledovaném období nevyužil kontaktu s kaplanem.

Průběh stanovených dílčích cílů za sledované období:

Kvalitativní vyhodnocení účasti chovance v programu

Chování, jednání a vystupování je slušné a bezproblémové, jak k ostatním chovancům, tak i k personálu detenčního ústavu. Je pracovně zařazen na prádelně detence. Zde pracuje 2x týdně a z tohoto důvodu není vždy možné, aby se plnohodnotně zapojil do zvolených aktivit. V rámci hodnotícího bodového systému pro chovance ústavu obdržel 2 kladné body za dlouhodobý přínos do ranní komunity.

Vnější projevy a jejich vývoj v průběhu pobytu v ústavu

Pobyt v ústavu zvládá chovanec zatím bez problémů. Ve sledovaném období je umístěn na pokoji s dalšími dvěma jinými chovanci, se kterými si, jak všichni nezávisle na sobě uvádí, rozumí. Při jejich společném ubytování prozatím nedošlo k žádným problémům, které by musely být personálem ústavu řešeny. K personálu ústavu se chová slušně a stejně se snaží chovat i k ostatním chovancům.

Ochota a motivace ke spolupráci

Stále platí, že chovanec je motivován personálem ústavu k přemístění z ústavu zabezpečovací detence do ochranného léčení v civilním zařízení psychiatrické nemocnice. Z jeho strany je zjevná snaha o spolupráci. Cílem chovance je se v detenčním ústavu chovat co nejlépe, být aktivní, plnit si zodpovědně plán aktivit a svoje pracovní povinnosti. Má zájem co nejdříve o přeřazení do civilní psychiatrické nemocnice.

Rizika související s pobytem v detenčním ústavu

Chovanec v kontaktu s ostatními spoluchovanci nemá problémy, snaží se vyvarovat rizikového jednání a ovládat se. V jednání s odborným personálem je slušný. Je přiměřeně aktivní, povinnosti chovance si plní zatím zodpovědně.

Budování a posilování sociálních vazeb

Chovanec je rozvedený. Kontakt udržuje s matkou, sestrou, švagrem a kamarády. Ze všemi výše jmenovanými udržuje pravidelné telefonní i korespondenční kontakt. O návštěvu v tomto sledovaném období nepožádal.

Souhrn dílčích cílů: Vzhledem k výše uvedenému lze konstatovat, že krátkodobé stanovené cíle byly plněny řádně.

Souhrn dlouhodobého cíle: Dlouhodobý cíl je i vzhledem k řádnému přístupu k realizaci dílčích cílů plněn. Při stejném vývoji i v následujícím období je tedy předpoklad pro naplnění cíle hlavního a možné doporučení soudu k přeřazení chovance do ústavní ochranné léčby.

5.4. Chovanec č. 4

Metody a formy působení: Chovanec č. 4 se ve sledovaném období zúčastnil následujících aktivit:

Povinné:

- **léčebné a psychoterapeutické programy** – 4x účast na skupinové terapii s vychovatelem-terapeutem.
- **Speciálně výchovných aktivit** – Nezúčastnil se žádné.

Ostatní nabízené aktivity:

- **Sociálně terapeutické činnosti** – Se sociálním pracovníkem proběhla dvě sezení.
- **Rehabilitační aktivity** – 4x pohybová terapie v tělocvičně nebo na hřišti ústavu a 2x trénink kognitivních funkcí.

- **Zájmové aktivity** – 2x návštěva akvaristiky.
- **Uspokojování kulturních potřeb** – Účast na sledování televize se v průběhu sledovaného období zvyšovala a ustálila se na počtu čtyř dní v týdnu. Ve zbytku volného času se věnuje občasné četbě a poslechu rádia na pokoji.
- **Sebeobslužné aktivity** – Problémy s pořádkem na cele jsou ojedinělé a zásady osobní hygieny dodržuje. U chovance probíhá pravidelný týdenní nákup v kantýně.

Duchovní péče – Ve sledovaném období nevyužil kontaktu s kaplanem.

Průběh stanovených dílčích cílů za sledované období:

Kvalitativní vyhodnocení účasti chovance v programu

Chovanec je přiměřeně aktivní. K ostatním chovancům i personálu ústavu se chová velmi slušně, problémy s ním nebylo nutno řešit. V rámci hodnotícího období obdržel dva kladné body za dlouhodobou prezentaci aktualit při ranních komunitách. Záporný bod neobdržel žádný.

Vnější projevy a jejich vývoj v průběhu pobytu v ústavu

Dosavadní pobyt zvládá chovanec ve sledovaném období dobře. Je přiměřeně adaptován a v kolektivu se projevuje jako bezproblémový jedinec. Na pokoji je ubytován s třemi dalšími chovanci a jejich společné soužití je hodnoceno jako bezproblémové a vyhovující.

Ochota a motivace ke spolupráci

Chovanec je přiměřeně motivován personálem ústavu k dosahování dílčích cílů, a tím pádem i toho dlouhodobého cíle. Nutnost vzájemné spolupráce a zejména všestranné aktivity chápe. Jeho chování k personálu i spoluchovancům je stále velmi vstřícné, ochotné a slušné.

Rizika související s pobytem v detenčním ústavu

Vzhledem k jeho psychickému onemocnění stále existují možná rizika, ale aktuálně se daný chovanec chová bezproblémově, a to jak vůči

personálu, tak i k spolučovancům. Suicidální chování ve sledovaném období nebylo zaznamenáno.

Budování a posilování sociálních vazeb

V posilování sociálních vazeb i nadále udržuje písemný i telefonický kontakt se svým otcem a kamarádem. V současné době je chovanec svobodný, bezdětný a žádný partnerský vztah nemá. O kontaktní návštěvu nežadá.

Souhrn dílčích cílů: Vzhledem k výše uvedenému lze konstatovat, že krátkodobé stanovené cíle byly plněny řádně.

Souhrn dlouhodobého cíle: Taktéž v tomto případě je dlouhodobý cíl i vzhledem k řádnému přístupu k realizaci dílčích cílů plněn. Při stejném vývoji i v následujícím období je tedy předpoklad pro naplnění cíle hlavního a možné doporučení soudu k přeřazení chovance do ústavní ochranné léčby.

5.5. Chovanec č. 5

Metody a formy působení: Chovanec č. 5 se ve sledovaném období zúčastnil následujících aktivit:

Povinné:

- **léčebné a psychoterapeutické programy** – 11x individuální pohovor s psychologem.
- **Speciálně výchovných aktivit** – Neúčastnil se žádné.

Ostatní nabízené aktivity:

- **Sociálně terapeutické činnosti** – Se sociálním pracovníkem proběhlo jedno sezení.
- **Rehabilitační aktivity** – Ve sledovaném období se nezapojil.
- **Zájmové aktivity** – Ve sledovaném období se nezapojil.
- **Uspokojování kulturních potřeb** – Pouze jedenkrát se zúčastnil sledování televize. Ve zbytku volného času poslouchá rádio, číst ho nebaví.

- **Sebe obslužné aktivity** – Pořádek na pokoji a úroveň osobní hygieny je na velmi nízké úrovni. V kantýně nakupuje nepravidelně, spíše dle aktuální nálady.

Duchovní péče – O pastorační pohovor s kaplanem zájem nemá.

Průběh stanovených dílčích cílů za sledované období:

Kvalitativní vyhodnocení účasti chovance v programu

Chovanec díky své mentální retardaci nechápe smysl a poslání detence a svoje umístění zde. Jeho duševní porucha je trvalého charakteru, prakticky nevléčitelná, jeho agresivní chování se neustále opakuje. Prozatím se nezapojuje do žádných aktivit a jeho začlenění do komunity chovanců bude zcela jistě trvat delší dobu. V současné době je naprosto bez náhledu na svoji trestní minulost a zodpovědnost za ni.

Vnější projevy a jejich vývoj v průběhu pobytu v ústavu

Chovanec je po celou dobu sledovaného období umístěn na pokoji sám, z důvodu jeho agresivního chování k němu nebyl nalezen vhodný chovanec, se kterým by vycházel.

Ochota a motivace ke spolupráci

Není si vědom svého nevhodného chování, cítí nespravedlnost s umístěním do detenčního ústavu a nepřipouští si své provinění. Jeho motivování je velice složité, kdy nabízené aktivity úmyslně neplní a k personálu detenčního ústavu se chová povětšinu času vulgárně. Spolupráce z jeho strany je velmi neaktivní.

Rizika související s pobytem v detenčním ústavu

Chovanec se v detenčním ústavu zatím neadaptoval, v kontaktu s ostatními spolučovanci se spíše straní a společným aktivitám se vyhýbá. Při apelování na dodržování svých povinností ze strany personálu dochází k častým emočním explozím, které doprovází slovní vulgární vyjadřování.

Budování a posilování sociálních vazeb

V tomto sledovaném období chovanec není s nikým v kontaktu, a to jak v písemném, tak ani v telefonickém. Přestože mu byla vydána telefonní karta, žádné telefonní číslo nevedl. O návštěvu nežádá.

Souhrn dílčích cílů: Vzhledem k výše uvedenému lze konstatovat, že krátkodobé stanovené cíle nejsou plněny, spíše naopak jsou bojkotovány.

Souhrn dlouhodobého cíle: Dlouhodobý cíl není plněn, a to i z důvodu nepřijetí náhledu na svoji nemoc, tudíž nebude odbornou komisí doporučena ústavní ochranná léčba.

5.6. Chovanec č. 6

Metody a formy působení: Chovanec č. 6 se ve sledovaném období zúčastnil následujících aktivit:

Povinné:

- **léčebné a psychoterapeutické programy** – Nezúčastnil se žádné.
- **Speciálně výchovných aktivit** – Nezúčastnil se žádné.

Ostatní nabízené aktivity:

- **Sociálně terapeutické činnosti** – Neprojevili zájem.
- **Rehabilitační aktivity** – Není schopen.
- **Zájmové aktivity** – Není schopen.
- **Uspokojování kulturních potřeb** – O sledování televize nejeví zájem, na pokoji poslouchá pouze rádio.
- **Sebe obslužné aktivity** – Každý týden provádí nákup v kantýně, který ovšem za něj provádí vychovatel, a to z důvodu špatného pohybu. Ze zdravotních důvodů mu je na cele prováděn základní úklid, osobní hygiena je na velmi špatné úrovni. Chybí elementární hygienické návyky, dovednosti a schopnosti.

Duchovní péče – Ve sledovaném období neprojevili zájem o pohovor s kaplanem.

Průběh stanovených dílčích cílů za sledované období:

Kvalitativní vyhodnocení účasti chovance v programu

Zdravotní omezení, psychická porucha, organická porucha osobnosti ve spojení s omezenou pohyblivostí, trvají a nadále se prohlubují. Je jisté, že jeho stav se nikterak nezmění. Jeho fyzický i psychický stav se i nadále zhoršuje, většinu dne proleží na lůžku a o žádné aktivity nejeví zájem.

Vnější projevy a jejich vývoj v průběhu pobytu v ústavu

Chovanec je po celou dobu sledovaného období umístěn ze zdravotních důvodů na oddělení lůžkové péče vězeňské nemocnice, kdy je na pokoji sám.

Ochota a motivace ke spolupráci

S ohledem na jeho velmi se zhoršující zdravotní stav byl podán k soudu návrh na jeho přemístění do vybrané civilní psychiatrické nemocnice v České republice.

Rizika související s pobytem v detenčním ústavu

S ohledem na zdravotní stav přicházel do kontaktu s ostatními chovanci jen velmi výjimečně. Problémy v chování nemá, k personálu se snaží chovat slušně. Projevy agrese ani suicidálního chování nebyly ve sledovaném období zaznamenány.

Budování a posilování sociálních vazeb

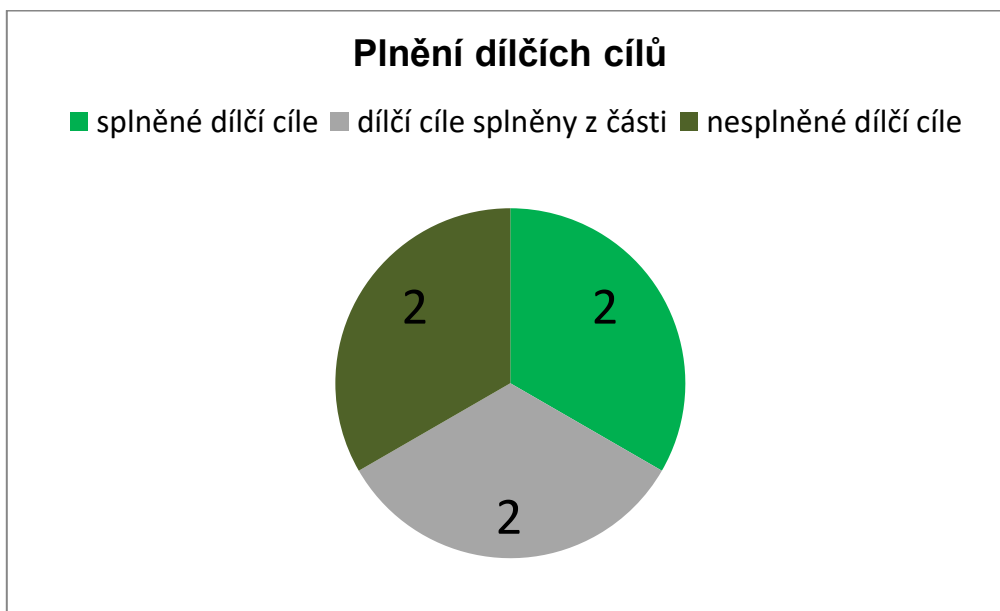
Chovanec je nesvéprávný invalidní důchodce, bez vazeb na rodinu či přátele. Ve sledovaném období neobdržel žádnou korespondenci a ani žádnou nedeslal. O telefonní hovor ani návštěvu nepožádal.

Souhrn dílčích cílů: Vzhledem k výše uvedenému lze konstatovat, že krátkodobé stanovené cíle nemohly být ze zdravotního důvodu plněny.

Souhrn dlouhodobého cíle: Dlouhodobý cíl u chovance nemůže být ze zdravotních důvodů naplněn, ale vzhledem k jeho zdravotnímu stavu již nepředstavuje nebezpečí pro společnost. Z tohoto důvodu byl požádán soud o jeho přemístění do civilní psychiatrické nemocnice.

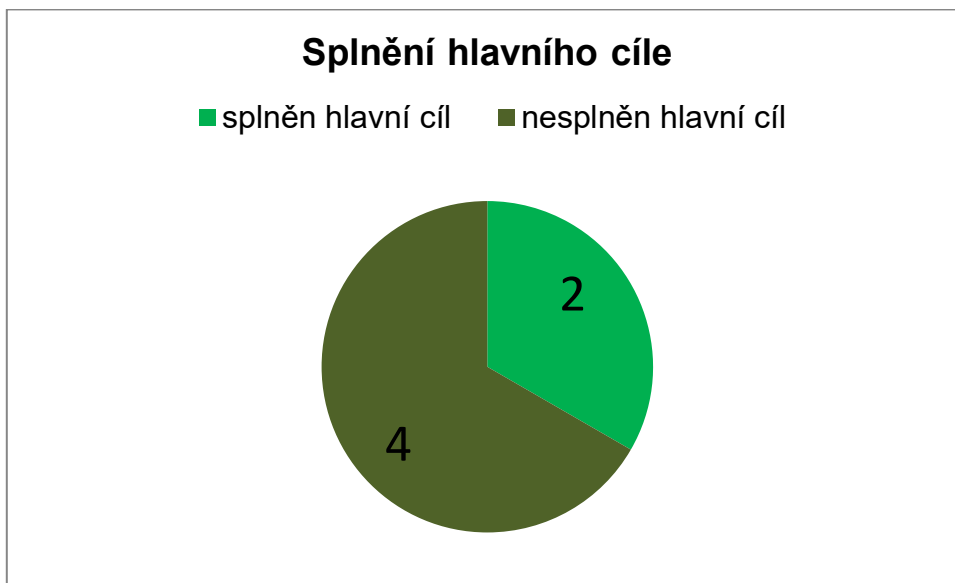
5.7. Vyhodnocení stanovených cílů psychologického působení na chovance

Ve sledovaném období bylo zjištěno, že za pomoci psychologického působení na vybrané chovance bylo dosaženo řádného plnění krátkodobých cílů pouze u dvou z nich. U zbylých čtyř chovanců bylo za přispění psychologického působení dosaženo plnění pouze zčásti nebo vůbec. V případě plnění krátkodobých cílů a jejich naplnění, může být přistoupeno k dlouhodobějšímu závěru a vyhodnoceno u daného chovance plnění cíle dlouhodobého. Graf číslo 3 přehledněji zobrazuje plnění dílčích cílů psychologického působení na chovance ve sledovaném období.



Graf 3 Plnění dílčích cílů psychologického působení na chovance

Předpoklad k potencionálnímu splnění hlavního cíle u vybraných chovanců byl vyhodnocen jen ve dvou případech. Na tyto chovance bylo psychologické působení ale i ostatní formy a metody účinné a z tohoto důvodu, je možné odbornou komisí doporučit chovance k možnému přeřazení do ústavní ochranné léčby. Graf číslo 4 znázorňuje vyhodnocení splnění hlavního cíle u vybraných chovanců. Tito chovanci požadovaného cíle dosáhly za přispění řádného plnění dílčích cílů a správného psychologického působení na ně. Výjimkou je chovanec č. 6. Vzhledem k jeho stále se zhoršujícímu zdravotnímu stavu není schopen plnění dílčích cílů, které jsou nutnou podmínkou k naplnění hlavního cíle. V tomto konkrétním případě, však odborná komise naznala, že chovanec s ohledem na jeho těžký zdravotní stav, již není pro společnost svým jednáním nebezpečný a požádala o přeřazení do civilní psychiatrické nemocnice.



Graf 4 Plnění hlavního cíle psychologického působení na chovance

6. Návrh a doporučení

V této kapitole shrnu psychologická doporučení vybraným chovancům a jedné chovance, která vychází z obecně platných metod, jak jsem je již popsal v předchozí části této práce. Dále budu prezentovat svůj vlastní návrh na způsob přístupu k chovancům, který by mohl přispět k účinnějšímu přijímání výchovného a psychologického působení na chovance umístěné do ústavu výkonu zabezpečovací detence.

6.1. Psychologické doporučení, přístup a zacházení u vybraných chovanců

Chovanka č. 1 – Intelekt se pohybuje v pásmu lehké až střední mentální retardace, což neodpovídá objektivně pozorovatelným poznatkům. Výkon v inteligenčním testu značně nevyrovnaný, selhává i v triviálních úlohách. Lze usuzovat buď na sabotování testové situace, nebo na narušení některých složek kognitivních funkcí. Prozatím psychiatricky diagnostikována smíšená porucha chování s neurčitou mentální retardací. V případě chovanky je důležitá pravidelná psychiatrická a psychologická péče, včetně užívání předepsané medicíny. Dále je doporučena práce se speciálním pedagogem a dodržování režimu. Pevný rámec vedení a sledování projevů v rámci kolektivu jsou pak nezbytné, stejně jako přiměřené sankcionování za porušení pravidel a norem pobytu. Zařazení do skupinových aktivit se jeví jako možné, vhodné motivovat k zapojení do plné šíře nabídek. Skupinovými i individuálními aktivitami vést k budování náhledu na vlastní patologie, stejně jako na způsoby, jak s nimi konstruktivně pracovat pro snižování společenské nebezpečnosti. Důležité je též budování a upevňování náhledu na závadové jednání v léčbě a zejména na protiprávní jednání ústící v trestné činy.

Chovanec č. 2 – U chovance se psychiatrická i psychologická péče jeví jako nezbytná, včetně užívání indikované medicíny. Vést chovance k náhledu na jeho patologie, škodlivost abúzus omamných a psychoaktivních látek a dopady pro společnost, ačkoli dosažení terapeutické progrese bude minimálně obtížné.

Prvotně se zaměřit na uspokojivé vycházení s okolím, následně pokračovat cíleně na osobnostní a závislostní problematiku chovance. V rámci skupinové činnosti, jakož i v ostatních situacích, kde se bude dostávat do kolektivu chovanců, sledovat jeho projevy a všímat si i náznaků konfliktního jednání k přijetí včasného opatření k zamezení gradace konfliktů. Důsledně vyžadovat plnění stanovených norem a předpisů, případná selhání nekompromisně a bezodkladně řešit.

Chovanec č. 3 – U chovance je zejména důležitá stabilní psychiatrická, sexuologická a psychologická péče, včetně předepsané medikace. Pevný rámec vedení a sledování projevů v rámci kolektivu jsou pak nezbytné, stejně jako přiměřené sankcionování za porušení pravidel a norem pobytu. Zapojení do skupinových aktivit, zpočátku pod dohledem, se jeví jako možné, nutné však sledovat jeho pozici v kolektivu pro včasné zachycení případně rozvíjejících se konfliktů a eliminaci jejich gradování nežádoucím směrem. Skupinovými i individuálními aktivitami vést k budování náhledu na vlastní patologie, stejně jako na způsoby, jak s těmito konstruktivně pracovat pro snížení společenské nebezpečnosti. Důležité je též budování a upevnění náhledu na protiprávní jednání ústící v trestné činy a jeho propojenost se sexuální i osobnostní patologií. Umístění v detenčním ústavu se aktuálně jeví jako plně indikované.

Chovanec č. 4 – V případě tohoto chovance je zejména důležitá pravidelná psychiatrická a psychologická péče, včetně důsledné kontroly užívání předepsané medikace. Eliminace psychotických projevů do přijatelných mezí je nejdůležitějším faktorem pobytu v detenčním ústavu. Stejně tak je důležité monitorovat veškeré projevy chovance k případné detekci rozvoje paranoidního myšlení a agresivity v prostředí detenčního ústavu. Práci s ním vést k budování náhledu na škodlivost toxikománie a přítomné psychotické onemocnění a s tím spojené souvislosti se spáchaným skutkem, jakožto i na neadekvátnost a nepřijatelnost takového jednání pro společnost, a k nutnosti dodržovat léčebné postupy. Dohlížet nad dodržováním stanovených předpisů a požadavků, v případě jejich porušení přijmout adekvátní opatření. V kontaktu s ním striktně dodržovat přijatá bezpečnostní opatření.

Chovanec č. 5 - Pobyť chovance v detenčním ústavu bude s největší pravděpodobností koncipován jako zabezpečení důstojných podmínek k životu bez výraznější naděje na změnu ochranného opatření či propuštění na svobodu. Důležitá je pravidelná psychiatrická a psychologická péče. Podstatná se jeví kontrola užívání stanovené medikace a sledování jeho pozice v kolektivu dalších chovanců k zachycení případně se rozvíjejících konfliktů a jejich včasné eliminaci. V rámci rozumových schopností rozšiřovat jeho dovednosti a vědomosti pomocí trivia základních vědomostí. Vést k dodržování a udržování pořádku a základních hygienických návyků, stejně jako k vyhýbání se konfliktům a nepodílení se na jejich vyvolání. Možnost působit na jeho osobnost či směrem k vývoji náhledu na trestnou činnost a závadové jednání se jeví jako čistě teoretická. Ač forma trestu nemá pro chovance č. 5 v dlouhodobějším měřítku významnějšího vlivu na následné chování, za projevené závadné chování sankcionovat, v krátkém časovém výhledu existuje možnost alespoň dočasné korekce chování.

Chovanec č. 6 - Ačkoliv se jedná o značně nereálné cíle, snažit se chovance vést k budování náhledu na přítomné patologie, zejména co se společenské neadekvátnosti týká, pracovat na přijetí odpovědnosti za své činy i vnitřní akceptaci nutnosti absolvovat protialkoholní léčbu a do budoucna se zcela vyvarovat recidivy abúzu této látky. Nutno motivovat k dlouhodobé spolupráci na změně způsobu vlastních vzorců chování, jež mohou být v rámci jeho osobnosti a patologie rizikové. Vzhledem k dlouhodobému abúzu alkoholu, degradaci osobnosti, organickému poškození a osobnostním negativům chovance se posun pozitivním směrem jeví jako značně nepravděpodobný. Pobyť chovance bude plnit pravděpodobně pouze detenční roli se zajištěním důstojných podmínek k dožití bez možnosti propuštění, a to minimálně dokud bude po fyzické stránce schopen, byť jen potenciálně ublížit. V rámci působení zvolit spíše jednodušší činnosti, z důvodu limitovaným organickým postižením ovlivňující některé kognitivní funkce. Lze předpokládat neschopnost chovance č. 6 zcela se přizpůsobit kladeným požadavkům a předpisům ústavu, případný trest v tomto případě postrádá jakýkoliv smysl či potenciál ke změně.

6.2. Návrh na změnu přístupu k chovancům z mého osobního pohledu

Při každodenním styku s chovanci pozoruji, že na velkou část z nich působí uniforma vězeňské služby a uniforma obecně, jako rozlišující ukazatel autority, ochoty se podřizovat a plnit zadávané úkoly. V mnoha případech je to způsobeno tím, že tito chovanci neměli ve svých rodinách a prostředí, ve kterém vyrůstali, žádné výraznější pozitivní příklady. Na druhé straně však již tato reakce na autoritu, byť ve formě uniformy, svědčí o tom, že vhodným způsobem by bylo možné i u těchto chovanců vytvářet pozitivní motivaci.

Vrátím-li se k autoritě prostřednictvím služební uniformy, je to sice účinná metoda pro prostředí vězeňské služby, nicméně je primárně spojena s donucovacími prostředky, které samy o sobě působí represivně a z psychologického hlediska nikterak pozitivně a trvale. Přitom chovanci větší část dne tráví v přítomnosti uniformovaných příslušníků a jen pouze malou část jejich dne jsou sami pouze s odborným neuniformovaným personálem, který na ně má primárně pozitivně působit. Z této nevyváženosti odvozuji své doporučení, které by mohlo vést ke zmenšení kontaktu uniformovaných příslušníků s chovanci a kladení většího významu na neuniformované odborné pracovníky. To dle mého návrhu lze docílit dvěma způsoby.

První způsob z hlediska perspektivy bych spatřoval jako efektivnější vymezit institut výkonu zabezpečovací detence z gesce resortu Ministerstva spravedlnosti ČR a začlenění ústavů pro výkon zabezpečovací detence pod Ministerstvo zdravotnictví ČR. V tomto případě by byla větší pozornost věnována odbornému zacházení a medicínské péči, přičemž vězeňská služba by se podílela na řešení mimořádných událostí (útěk, napadení zaměstnanců, hromadné vystoupení apod.). Tímto způsobem se chystá zahájit provoz i Slovenská republika.

Druhým způsobem by bylo možné zanechat ústav zabezpečovací detence v režii Ministerstva spravedlnosti ČR, a to za podmínek omezení kontaktu uniformovaných příslušníků Vězeňské služby ČR s chovanci. V tomto způsobu je již vyřešena otázka objektu a jeho střežení, kterou Vězeňská služba zajišťuje. Změnu bych doporučoval v rámci vnitřní režie, kde bych kladl vyšší důraz na diferenciaci oproti běžnému výkonu trestu odnětí svobody ve smyslu větší účasti odborného i zdravotnického personálu na zacházení s chovanci. Ozbrojená složka vězeňské služby by stejně jako v prvním způsobu zasahovala pouze při řešení mimořádných událostí. Takový systém je nastaven i v Rakousku.

Oba tyto způsoby by dle mého názoru, který jsem získal za šestnáct let aktivního působení v roli strážného u Vězeňské služby České republiky, mohly vést k efektivnějšímu výkonu zabezpečovací detence. V rámci odborné působení (například v psychologické přípravě) má větší pravděpodobnost, že bude naplněn mimo dílčích cílů také dlouhodobý cíl, jehož předpokladem je resocializace chovanců a jejich začlenění do běžného života.

Závěr

Hlavní cíl této bakalářské práce bylo zaměřením se na eliminaci nebezpečného chování chovanců vůči sobě i svému okolí a vliv, kterým na ně zabezpečovací detence z pohledu psychologie působí. Cíle eliminace nebezpečnosti, které tyto osoby svým chováním představují pro sebe a společnost, jsou naplněny již samotným umístěním do zabezpečovací detence. Deficit ovšem spatřuji v nedostatečném odborném působení na ně samotné. I když část chovanců je schopna plnit v určité míře krátkodobé cíle, tak jen malá část z nich je schopna naplnění daného dlouhodobého cíle, kterým je přemístění chovance do civilního psychiatrického zařízení ve formě ústavní ochranné léčby. Z tohoto důvodu jsem také připojil svoji úvahu k možné změně přístupu ze strany vězeňské služby k chovancům, týkající se uplatňování cílů odborného působení.

Zdroje

Seznam použité literatury

BEER, M. Dominic, Stephen M. PEREIRA a Carol PATON. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0363-7.

BLATNÍKOVÁ, Š. *Problematika zabezpečovací detence*. 1. vyd. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2010. ISBN 978-80-7338-106-6.

ČERNÍKOVÁ, V. *Prekriminalita dětí a kriminalita mladistvých, kterým byla uložena ochranná opatření*. Praha: Policejní akademie ČR, 2002.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. *Psyché* (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. *Psyché* (Grada). ISBN 978-80-247-5046-0.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303.

JŮZL, Miloslav. *Epistemologická východiska zabezpečovací detence*. In Jůzl, Miloslav a Dušan Gáč. *Specifika výkonu zabezpečovací detence v České republice*. Brno: Vězeňská služba České republiky, 2020. ISBN 978-80-907836-0-7.

MKN-10: *mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1. 1. 2018*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-169-4.

MORIYAMA, Iwao M, Ruth M LOY, A ROBB-SMITH, Harry M ROSENBERG a Donna L HOYERT. 2011. *History of the statistical classification of diseases and causes of death*. Hyattsville, Md.: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. DHHS publication, no. (PHS) 2011-1125. ISBN 0-8406-0644-3.

OREL, M. a kol. *Psychopatologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012., ISBN 978-80-247-3737-9.

OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5516-8.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

PRAŠKO, Ján. *Poruchy osobnosti*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0900-3.

SEIFERTOVÁ, Dagmar, Ján PRAŠKO a Cyril HÖSCHL, ed. *Postupy v léčbě psychických poruch: výstup projektu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy LN00B / 22*. Praha: Academia Medica Pragensis ve spolupráci s Centrem neuropsychiatrických studií, 2004. ISBN 8086694062.

ŠÁMAL, P. a kol. *Trestní zákoník. Komentář*. 2. vydání. Praha: C. H. Beck, 2009, 3632 s. ISBN 978-80-7400-428-5.

VANTUCH, P. *Trestní zákoník s komentářem k 1. 8.* 2011. Praha: Anag, 2011. 1368 s. ISBN 978-80-7263-677-8.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Petr EISNER. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0373-5.

Internetové zdroje

International Classification of Diseases (ICD). 2016. World Health Organization [online]. [cit. 20. 1. 2022]. Dostupné z:

<https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>

KDH, Zpráva vlády ČR pro ČNR o stavu vězeňství a postpenitenciární péči v ČR, 1991. [online]. vscr.cz. [cit. 27. 12. 2021]. Dostupné z:

<https://www.vscr.cz/media/organizacni-jednotky/generalni-reditelstvi/informacni-servis/historicka-penologie/2019/hp-2-19-verze-pro-web.pdf>

L. ONDRÁČEK, Ve jménu zdraví, in: časopis Zpravodaj SNV ČSR, č. 1/1988. [online]. vscr.cz. [cit. 27. 12. 2021]. Dostupné z:

<https://www.vscr.cz/media/organizacni-jednotky/generalni-reditelstvi/informacni-servis/historicka-penologie/2019/hp-2-19-verze-pro-web.pdf>

MKN-10. ÚZIS ČR: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. [cit. 20. 1. 2022]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz>

Základní informace, Vězeňská služba České republiky. [online]. vscr.cz. [cit. 15. 1. 2022]. Dostupné z:

<https://www.vscr.cz/organizacni-jednotky/veznice-a-upvzd-opava/sekce/zakladni-informace>

Seznam použitých časopisů

ČESKÉ VĚZEŇSTVÍ: č. 6/1995, č. 6/1997

STOŽICKÝ, P. Zabezpečovací detence se plánovala několik let. České vězeňství: 2009, č. 1

ŠAMAL, P. K úpravě ochranného léčení v trestním zákoníku. Trestně právní revue: 2010, č. 4

Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1 Přehled hlavních diagnóz uvedených pod písmenem F 19

Graf 1 Vývoj nástupu chovanců do VVaÚpVZD Brno v letech 2009 až 2021 14

Graf 2 Stanovené diagnózy u chovanců ve VVaÚpVZD Brno v letech 2009–2021 17

Graf 3 Plnění dílčích cílů psychologického působení na chovance..... 46

Graf 4 Plnění hlavního cíle psychologického působení na chovance..... 47

Přílohy

Stručná kazuistika

Chovanka č. 1

Diagnostický závěr: Smíšená porucha osobnosti, emočně nestabilní, disociální, poruchy přizpůsobení, opakované sebepoškozování.

Osobní a rodinná anamnéza: Matka zemřela, když jí bylo 6 let. Otec je toho času ve výkonu trestu odnětí svobody pro trestní čin vraždy. S otcem se nestýká ani s ním není v kontaktu. Z dětství má na vztahy rodičů pouze negativní vzpomínky. Otec matku bil, utíkali před ním a často spávali na ulici. Pamatuje si, že matka kvůli domácímu násilí nadměrně konzumovala alkohol. Na nepřiměřenou konzumaci alkoholu následně zemřela. Po smrti matky byla v péči babičky a od 12 let dále v opatrovnictví tety. S tetou měly časté konflikty, které řešily vzájemným násilím. Často utíkala z domova, proto byla umístěna do diagnostického ústavu a následně do dětského domova. Od šestnácti let byla ve výchovném ústavu. V sedmnácti letech byla stíhána za nebezpečné vyhrožování vychovatele ústavu, za což jí byla nařízena ústavní léčba. Tu vykonávala v psychiatrické nemocnici v Jihlavě. Má dva starší sourozence, a to bratra a sestru. S bratrem v kontaktu není, ale zprostředkovaně ví, že je závislý na drogách. Se svojí sestrou udržuje korespondenční kontakt.

Chovanec č. 2

Diagnostický závěr: Polymorfní abúzus návykových látek s preferencí amfetaminu a THC, anamnesticky též opiáty, tramal, solvencia, alkohol, v anamnéze toxická psychóza s iritací.

Osobní a rodinná anamnéza: Chovanec byl do zabezpečovací detence dodán z Psychiatrické nemocnice Opava. Do osmi let věku žil v úplné rodině, po rozvodu rodičů byl svěřen do výchovy matce. Později dle jeho sdělení rodiče usilovali o střídavou výchovu, k rozhodnutí nedošlo, byla

mu nařízena ústavní výchova, a to z důvodu výchovných problémů ve škole. Byl velice vulgární ke spolužákům i učitelům včetně agresivního chování. V dětství byl opakovaně hospitalizován v psychiatrické nemocnici Opava a Opařany. Prošel několika výchovnými ústavami. Jako mladistvý byl ve výkonu trestu odnětí svobody ve Věznici Opava. Jeho matka je invalidní a nyní žije v domově důchodců. Otec zemřel. Má tři sourozence, dvě sestry, s těmi není v kontaktu a bratra, se kterým si dopisuje. Vzdělání má základní. Učil se zámečnickem, ale z důvodu výkonu trestu odnětí svobody učení ukončil. Ve věznici absolvoval rekvalifikační kurz v oboru elektrotechnik. Krátce v oboru pracoval v továrně na výrobu televizorů. V současné době je v invalidním důchodu bez nároku na jeho výplatu. Po dobu ochranné léčby pobírá příspěvek na živobytí od úřadu práce.

Chovanec č. 3

Diagnostický závěr: Porucha sexuální preference, sexuální agresivita, smíšená porucha osobnosti.

Osobní a rodinná anamnéza: Pochází z úplné rodiny, kdy matka byla dělnice a otec horník, nyní oba již v důchodě. Vyrůstal společně se sestrou a své dětství hodnotí jako dobré, kdy vycházel s rodiči, tak i se sestrou. Problémy ve škole neměl, nikdy neměl sníženou známku z chování, učil se průměrně. Baval ho sport, modelaření a čtení. Po střední škole nastoupil do agrotechnického podniku, nejdříve jako řidič, pak do kovovýroby. Ve 27 letech se oženil, nyní je rozvedený a má dvě dcery. S bývalou ženou ani dcerami v kontaktu není. Nyní má partnerku, se kterou je v telefonickém a korespondenčním kontaktu. Od roku 2000 má nařízenou ochrannou sexuologickou léčbu. V souvislosti se sexuální deviací byl několikrát soudně trestán. Výkon zabezpečovací detence byl nařízen po uplynutí výkonu trestu odnětí svobody za sexuální delikt. Nemá zkušenost s drogami, alkohol pil střídavě, nekouří.

Chovanec č. 4

Diagnostický závěr: Paranoidní schizofrenie, uživatel marihuany a alkoholu, anamnesticky experimenty kokain, lysohlávky.

Osobní a rodinná anamnéza: Matka nikdy nepracovala, měla invalidní důchod z důvodu psychiatrické indikace (diagnostikovaná schizofrenie). Dlouhodobě abúzus alkoholu. Roku 2016 zemřela. Otec žije a je zaměstnán na dráze. Když chovanci č. 4 byly tři roky, rodiče se rozvedli. Poté žil s matkou a prarodiči v rodinném domě, vztahy hodnotí jako dobré. Po matčině smrti žil s babičkou a dědou. Má jednu nevlastní sestru z otcovy strany. Vystudoval bakalářský program na Západočeské univerzitě v oboru elektro. Po studiu byl zaměstnán a pracoval na pozici elektrotechnika s měsíčním platem cca 30.000,- Kč. V prosinci 2019 požádal o invalidní důchod. Kouří 20 cigaret denně, alkohol nepije a z drog má zkušenosti pouze s marihuanou. Udržuje kontakt s otcem a jeho družkou, babičkou a se dvěma přáteli.

Chovanec č. 5

Diagnostický závěr: Střední mentální retardace s významnými poruchami chování vyžadujícími pozornost a léčbu, duševní porucha způsobená poškozením a dysfunkcí mozku s epilepsií v anamnéze.

Osobní a rodinná anamnéza: Chovanec se narodil v Kladně. Patrně pochází z více sourozenců. Otec ani matka již nežijí. Jediný kontakt s rodinou byla sestra, která byla dříve opatrovníkem, ale pro špatné hospodaření s majetkem chovance č. 5 byla opatrovnictví zbavena. Opatrovníkem bylo ustanoveno město Kladno. Poslední kontakt se sestrou měl proběhnout během hospitalizace v psychiatrické nemocnici. Sestra má soudně nařízeno splácet dluh, který vznikl během jejího opatrovnictví. V roce 1987 sestru chovanec č. 5 napadl nůžkami a byla mu nařízena ochranná léčba. Problémy s chováním měl již od dětství, zvláštní internátní školu nezvládnul a doposud je negramotný. Je mu

uznán 3. stupeň invalidity s nárokem na jeho vyplácení. Kouří 10 cigaret denně, alkohol nepije a drogy neužívá. Je zařazen do skupiny mentálních retardací, sekce dospělých mentálně retardovaných mužů.

Chovanec č. 6

Diagnostický závěr: organická porucha osobnosti, Alzheimerova nemoc – smíšeného typu – středně těžká demence, závislost na alkoholu s degradací deprivativního typu, psychotická porucha reziduální způsobena alkoholem

Osobní a rodinná anamnéza: narozen v Prostějově. Vyrůstal v úplné rodině, matka byla v domácnosti a otec pracoval jako řidič. Má vlastní sestru a nevlastního bratra, ani s jedním v kontaktu není. Rodiče se rozvedli až v jeho dospělosti. Úspěšně dokončil střední odborné učiliště v oboru zámečnick. Po vyučení pracoval jako řidič, později jako zámečnick. V současné době je již rozvedený a z manželství má jednoho syna. Posledních dvacet let žil s družkou se, kterou i nadále udržuje kontakt. Od svých čtyřiceti let mu byl ze zdravotních důvodů uznán invalidní důchod s nárokem na jeho vyplácení. Kouří 10 cigaret denně, alkohol pije často a drogy neužívá. Byl zařazen do skupiny s poruchou osobnosti, sekce dospělých mužů s poruchou osobnosti.

Vězeňská služba České republiky
Vazební věznice a ústav pro výkon zabezpečovací detence Brno
Jihlavská 12, P.O. Box 99, 625 99 Brno
Telefon 543 515 111, Telefax 543 214 064



V Brně dne 7. 2. 2022

Věc: Žádost o umožnění provedení sběru dat k vypracování Bakalářské práce

Vážený pane řediteli,

žádám Vás o umožnění provedení sběru dat v podmínkách VV a ÚpVZD Brno za účelem vyhotovení praktické části Bakalářské práce na téma „Zabezpečovací detence u osob omezených na svobodě“. Tato práce je podmínkou dokončení bakalářského studijního programu policejní akademie České republiky, fakulty bezpečnostního managementu. V práci bych v žádném případě neuváděl osobní údaje vězňených osob (data narození, jména, bydliště atd.).

Předem děkuji za kladné vyřízení této žádosti.

Inspektor
prap. Zbyněk Oprchal
strážný *prap. Oprchal*

Doporučuji – nedoporučuji
Vrchní komisař
mjr. Mgr. Petr Kalvoda
VOÚZD

Doporučuji – nedoporučuji
Vrchní komisař
mjr. Bc. Dušan Bartoš
VOVS

Souhlasím – nesouhlasím
Rada
plk. Mgr. Alexandr Kisling
1. zástupce ŘVV a ÚpVZD Brno

Povoluji – nepovoluji
Vrchní rada
plk. PhDr. Dušan Gáč
ŘVV a ÚpVZD Brno