

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií

Bakalářská práce

PETR ZATLOUKAL

**Drogová závislost u mladistvých v kontextu
následně spáchané trestné činnosti**

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracoval sám výhradně ze zdrojů uvedených v závěru práce.

V Olomouci dne

.....

Poděkování:

Na tomto místě bych si dovolil poděkovat doc. PhDr. Tomáši Čechovi, Ph.D. za odborné vedení a rady při psaní bakalářské práce.

Úvod.....	6
1. Drogy	
1.1. Pojem droga.....	7
1.2. Psychotropní látky, jejich účinky, rozdělení.....	8
1.2.1. Psychostimulancia.....	8
1.2.2. Halucinogeny.....	9
1.2.3. Tlumivé látky.....	12
2. Problematika závislosti na drogách	
2.1. Závislost jako společenský problém.....	15
2.2. Syndrom závislosti.....	15
2.3. Faktory vzniku závislosti.....	16
2.3.1. Rodina jako jeden z faktorů závislosti.....	18
2.3.2. Vliv vrstevníků.....	20
2.3.3. Vliv médií.....	21
2.3.4. Vliv využití volného času.....	22
2.4. Rozvoj závislosti.....	22
2.5. Aktuální užívání drog v ČR.....	24
3. Prevence závislosti, systém péče o drogově závislé a ochranná opatření	
3.1. Prevence drog.....	28
3.2. Systém péče o drogově závislé.....	31
3.3. Ochranná opatření.....	34
3.4. Výkon trestu odnětí svobody.....	37
4. Delikvence a kriminalita mládeže	
4.1. Definování delikvence a kriminality.....	39
4.2. Příčiny delikvence a kriminality.....	39
4.2.1. Biologické faktory.....	39
4.2.2. Sociální faktory.....	40
4.3. Recidiva kriminality mladistvých.....	41

5. Výzkumná část	
5.1. Metodologie	
5.1.1. Povaha výzkumu.....	44
5.1.2. Výzkumné otázky.....	44
5.1.3. Výzkumný soubor.....	45
5.1.4. Získávání informací.....	45
5.1.5. Etika výzkumu.....	45
5.2. Případové studie	
5.2.1. Případ 1- Roman M.....	46
5.2.2. Případ 2- Vít B.....	50
5.2.3. Případ 3 – Petr K.....	55
5.2.4. Případ 4 – Petr M.....	61
5.2.5. Případ 5 – Ladislav D.....	65
5.3. Analýza případových studií.....	68
5.4. Diskuze.....	72
Závěr.....	77
Literatura a zdroje.....	79

Motto

„Trestná činnost závislých je velmi častá. Drogová kariéra je nákladná záležitost a zároveň v podstatné většině případů znemožňuje úhradu těchto nákladů z legálních zdrojů.“

Kamil Kalina

Úvod

Bakalářská práce se zabývá tematikou drogové závislosti u mladistvých v kontextu trestné činnosti, které se dopustili. Řada dospívajících užívá omamné a psychotropní látky, což je do jisté míry smutným faktem. Ne každý z nich se však dopustil trestné činnosti, případně trestné činnosti násilného charakteru směřující proti životu a zdraví jiného člověka a ne každý trestnou činnost spáchal pod vlivem omamných a psychotropních látek.

Cílem práce je zachytit faktory, které u dospívajících vedly k užívání omamných a psychotropních látek, zda a jak se tato závislost promítla do trestné činnosti, které se dopustili. Pokud možno také zaznamenat i to, jestli se u jednotlivých případů vyskytly faktory, které mohly mít vliv na rozvoj drogové a posléze i kriminální kariéry u zkoumaných osob.

Bakalářská práce je rozdělena do pěti hlavních kapitol, z nichž čtyři jsou teoretické a jedna praktická. Teoretické kapitoly jsou pojaty jako uvedení do problematiky a zároveň by měly sloužit jako východisko pro vlastní výzkum, tedy praktickou část.

První kapitola je zaměřena na problematiku drog jako takových, jejich rozdělení a charakteristiku typických představitelů dané skupiny drog. Druhá kapitola se pak věnuje problematice závislostí obecně, jejich kořenům a faktorům ovlivňujícím vznik závislostí. Třetí kapitola se věnuje problematice péče o drogově závislé osoby v ČR. Čtvrtá kapitola se zabývá kriminalitou a delikvencí mládeže.

1. Drogy

1.1. Pojem droga

Drogy jako takové nejsou v životě lidstva ničím novým. Doprovázejí lidstvo po celou dobu jeho vývoje. „Užívání látek s halucinogenním účinkem je mezi domorodými šamany a kouzelníky dokladováno prakticky na všech kontinentech“ (Miovský, M. a kol. 2008, s. 23).

„Ottův slovník naučný (vydání z r. 1894) praví, že slovo drogy pochází z holandštiny a jde o suroviny z říše živočišstva, rostlinstva i nerostů, které slouží za léky, nebo z nichž léčivé preparáty se vyrábějí“ (Dundr, M. [on-line]).

Fakticky má termín „droga“ mnoho významů. „V medicíně odkazuje na některá léčiva užívaná pro předejití nebo vyléčení nemoci nebo pro zvýšení fyzické či psychické kondice. Ve farmakologii se termín vztahuje na některé chemické činitele, které upravují biochemické nebo fyziologické procesy ve tkáni nebo organismu. Často se pojmem „droga“ rozumí psychoaktivní látka a ještě častěji jde o synonymum pro drogy nezákonné“ (Kalina, K. a kol., 2001 ,s.32).

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 1992) označuje jako psychoaktivní látky takové látky, které vyvolávají závislost a jejichž zneužívání může vést k rozvoji duševních a behaviorálních poruch ve skupinách:

- F10. – duševní poruchy a poruchy chování vyvolané požíváním alkoholu
- F11. - duševní poruchy a poruchy chování vyvolané požíváním opioidů
- F12. - duševní poruchy a poruchy chování vyvolané požíváním kanabinoidů
- F13. - duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik
- F14. - duševní poruchy a poruchy chování vyvolané požíváním kokainu
- F15. - duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním jiných stimulancií (včetně kofeinu)
- F16. - duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním halucinogenů
- F17. - duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním tabáku
- F18. - duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním těkavých organických

rozpouštědel

F19. - duševní poruchy a poruchy chování vyvolané požíváním několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek
duševní poruchy a poruchy chování vyvolané požíváním několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek

1.2. Psychotropní látky, jejich účinky, rozdělení

Pro psychotropní látky je charakteristické zejména to, že mají psychotropní efekt, kdy působí na jedince tak, že mění jeho vnímání, vidění a prožívání světa a dále, že při dlouhodobém a pravidelném užívání mohou vyvolat závislost.

Právě **podle účinku působení na organismus** bývají drogy rozděleny na stimulantia, halucinogeny a tlumivé látky.

1.2.1. Psychostimulancia

Zbavují únavy, zvyšují tělesný a duševní výkon, ovšem často zde jde kvantita výkonu na úkor jeho kvality. Mezi typické představitele látek zneužívaných jako psychostimulancia patří metamfetamin, amfetamin, kokain, MDMA (extáze) a další.

Typickým zástupcem této skupiny je **metamfetamin**. Jedná se chemicky o methylderivát amfetaminu. Mezi toxikomany je tato látka známa pod různými slangovými označeními jako „perník“, „Péřa“, „péčko“, či „peří“. Pervitin (metamfetamin) není zcela novodobou drogou. Používali ho již za druhé světové války němečtí parašutisté. Byl poprvé syntetizován v Japonsku v roce 1888. Ovšem byli to právě čeští toxikomani, kteří tuto látku „znovu objevili“ a vyvinuli její výrobu v podmínkách domácích laboratoří.

Jde o látku neurotoxickou, jež způsobuje postupné poruchy motorických funkcí a paměti. Tato poškození jsou sice reverzibilní, ale nemusí vždycky dojít ke kompletní normalizaci funkcí mozku. I jednorázovou intoxikaci metamfetaminem mohou u jednotlivců doprovázet pocity úzkosti a paniky. Při dlouhodobém užívání metamfetaminu se může rozvinout i toxická psychóza. Dlouhodobé užívání vede rovněž k rozvoji psychické závislosti, která se rozvíjí

postupně. Typické pro užívání metamfetaminu je, že původně jednorázové experimenty se mění nejprve ve víkendové užívání a k tomuto víkendovému užívání se posléze přidává užívání metamfetaminu i během týdne. Následuje každodenní užívání a užívání tzv. v jízdách, jež je střídáno obdobími abstinence. Tato látka nezpůsobuje somatickou závislost. Pokud dojde k vysazení, je toto doprovázeno únavou, depresemi, neklidem, podrážděností a intenzivní chutí k užití drogy.

Kokain je alkaloid jihoamerického keře koky pravé (*Erythrocylon coca*). Původním způsobem užívání kokových listů je jejich žvýkání. Povzbudivé účinky této látky jsou známy již z doby Nazků, kdy u mumifikovaných ostatků peruánského vládce z této doby bylo nalezeno i několik pytlů s listy koky. Podle víry dávných Inků jim koka byla dána bohy k utišení jejich hladu, měla jim pomoci zapomenout na neštěstí a dodat sílu. Původně byl přístup ke žvýkání koky umožněn pouze šamanům, kteří se jejím prostřednictvím spojovali s bohy.

Za vskutku nejslavnější použití koky lze pokládat nápoj Coca – Cola. Ten původně obsahoval výtažky *Erythroxylonu coca*, kofein a víno. V roce 1860 byly nalezeny metody pro izolaci kokainu. „Jedním z prvních, kdo začali s touto látkou experimentovat, byl Sigmund Freud“ (*Návykové látky* [on-line]).

Kokain hydrochlorid pak byl užíván jako lokální anestetikum, nicméně vzhledem k tomu, že jde o silný stimulant centrálního nervového systému je užíván kvůli vytváření euforie a nabuzení. Pokud je ve formě prášku bývá užíván šňupáním, případně může být užíván orálně nebo kouřením.

1.2.2. Halucinogeny

V případě halucinogenů se jedná o skupinu přírodních a syntetických látek, jež u člověka vyvolávají změny vnímání. U vnímání pak dochází od jeho pouhého zostření až po halucinace. Miovský uvádí, že u člověka mohou tyto látky vyvolat výrazné změny či poruchy vnímání, emocí, prožívání a následně chování (Miovský, M. ,1996, s. 16).

Díky těmto svým vlastnostem hrály významnou úlohu jako rostliny užívané v raných náboženstvích. Dějiny halucinogenů jsou tak zčásti také dějinami náboženství kulturních

národů. Objevitel jedné z neznámějších halucinogenních drog a to LSD Albert Hofmann se vyjádřil tak, že sotva asi existuje na světě oblast, ve které by nejméně jeden halucinogen nehrál významnější roli v životě jejích obyvatel. Mezi halucinogeny se řadí především kanabinoidy, LSD, psylobicin a další.

Kanabinoidy jsou pak přírodní drogy vyráběné z konopí (*Cannabis sativa* a *Cannabis indica*), kdy nejvyšší obsah účinné látky, kterou je delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), je v pryskyřici samičích květů. Jedná se o u nás nejrozšířenější nelegální drogu. Na organismus působí tak, vyvolává zklidnění, euforii, veselost a zostření smyslového vnímání. Zástupci těchto látek jsou marihuana a hašiš. Marihuanou se pak rozumí „květy s okvětními lístky usušené samičí rostliny konopí, které jsou popřípadě smíchány s většími listy“ (Miovský, M., 2008, s. 126).

Pokud jde o kanabinoidy rovněž novodobá historie dokumentuje zájem lidstva právě o tento typ drog. V moderních dějinách se postupně vyvíjel legislativní rámec pro užívání těchto drog a objevily se různé pokusy o regulaci pěstování a užívání konopí. Nejprve bylo toto téma poměrně nevýznamné, ale jak postupně docházelo k zpříšňování mezinárodních i národních legislativ týkajících se této oblasti, stávalo se stále významnějším.

Například „počátkem 70. let 20. století byl odhadován počet nizozemských uživatelů konopných produktů na 100 -125 tisíc. V květnu 1971 otevřel Kees Hoekert z Low Weed Company na svém hausbótu naproti policejní stanici Kattenburgergracht první „prodejnu čistého konopí“. Prodávali celé rostliny, jednu za jeden nizozemský zlatý. Během tří týdnů prodal 30 tisíc rostlin“. Konopí prostě pěstovali v Amsterdamu všude - ve veřejných parcích, lesících, zahrádkách, verandách. Doslova město zaplavili konopím. V r. 1972 už otvírá Wernand Bruining první holandský coffeeshop. Původně šlo jen o jeho zálibu v relaxovém přístupu k životu, kterou prostě přenesl do Nizozemí. Svou čajovnu pokřtil Mellow Yellow a z počátku prodával konopné produkty pouze 2 -3 hodiny denně. „V roce 1974 už byl nápor zákazníků tak obrovský, že Bruiningovi a jeho přátelům hrozilo zhroucení z vyčerpání“. Žádná další konkurence v podobě jiných coffeeshopů v té době neexistovala. Ty se objevují až v r. 1975, nicméně ještě v r. 1980 jich bylo pouze okolo dvaceti. Bruining s Mellow Yellow skončil, byť obchodování s konopnými produkty již představovalo obrovský zisk (denní obrat činil až půl milionu nizozemských zlatých). Ovšem nebyl to poklidný způsob života, vzhledem k nutnosti neustálého shánění a prodeje zboží. Ovšem co odradilo

Bruininga, neodradilo jeho pokračovatele. „V roce 2004 se již coffeeshopy nalézaly celkem ve 103 obcích“ (Miovský, M., 2008, s. 481-483).

Změny v oblasti vývoje drogové politiky, pokud jde o marihuanu, probíhají stále. Zatímco v r. 2006, jak uvádí Miovský (Miovský, M., 2008, s. 57), ještě vydává Úřad pro kontrolu léků a potravin (FDA) prohlášení, že prozatím nepovolí využití marihuany pro lékařské účely, v současné době je možné v Kalifornii legálně užívat marihuanu pro rekreační účely. Osoba starší 21 let může držet až 28 g této drogy a doma si může vypěstovat až šest rostlin konopí. (Aktuálně.cz,[on-line]).

Dalším bezesporu velmi zajímavým zástupcem skupiny halucinogenů je **LSD**. Jedná se o syntetickou látku, která byla poprvé syntetizována v r. 1938. Chemicky se jedná o diethylamid kyseliny lysergové – LSD–25. Jde o přípravek s mimořádnými účinky na psychiku, vyvolávající stavy podobné psychózám. V padesátých letech bylo LSD jednou z nejoblíbenějších drog. V nižších dávkách se projevují pocity euforie, depersonalizace. Pro většinu osob je užití spojeno s zážitkem stupňování ostrosti zrakových vjemů, výraznějším vnímáním barev i hudby a intenzivní zážitek z pohybu. Díky tomu je tato látka oblíbenou v různých klubech. Mohou se projevit i pocity stísněnosti, úzkosti a obavy, případně deprese. „Pro LSD platí obecné pravidlo, že je-li člověku nějakou dobu před požitím drogy špatně (psychicky nebo i fyzicky), pak mu během jejího účinkování bude ještě hůře“ (Miovský,M., 1996, s. 49).

Mezi přírodní halucinogenní látky také patří **psylobicin**, nacházející se v houbách rodu *Psilocybe* (lysohlávka).

Látky ze skupiny halucinogenů většinou nevyvolávají ani psychickou, ani somatickou závislost. Průběh intoxikace je zde těžko předvídatelný, hrozí u nich riziko tzv. bad tripu (bad trip – nepříznivý průběh intoxikace s prožitky úzkosti, paniky, paranoi, někdy se vyskytují i halucinace). U predisponovaných osob, nebo v případě vysokých dávek může užívání vést k psychotickému stavu. Jak uvádí Miovský v publikaci LSD a jiné halucinogeny, z tohoto pohledu se jeví nejohroženější právě adolescenti, u nichž může např. intoxikace LSD při setkání několika nepříznivých činitelů vyvolat příznaky hraničící s duševní chorobou.

V této souvislosti je třeba zmínit i problematiku tzv. toxické psychózy, což je „psychotická porucha vyvolaná zneužíváním psychotropních látek“ (Kalina, K. a kol. ,2001, s. 111). Vyskytuje se typicky po psychostimulanciích a halucinogenech. Toxická psychóza se manifestuje velmi podobně jako schizofrenie. Při závažném průběhu toxické psychózy může být jedinec nebezpečný jak sobě, tak i okolí. Právě uživatelé drog často různé formy toxické psychózy označují sami jako „bad trip“, nebo jako „stíhu“.

1.2.3. Tlumivé látky

Mezi tlumivé látky (zklidňují, navozují spánek a ve vyšších dávkách může dojít ke kómatu a zástavě životních funkcí) jsou řazeny zejména benzodiazepiny, barbituráty, opiáty. Typickými zástupci opiátů jsou heroin, metadon, buprenorfin a opium. Při jejich užití se dostavuje zklidnění a příjemná euforie. Intoxikovaný vnímá většinu činností příjemně, navíc opioidy mají silné analgetické účinky. Nebezpečí těchto látek tkví mimo jiné tom, že je velmi malý rozdíl mezi dávkou účinnou a dávkou smrtelnou. To také bývá častou příčinou úmrtí v důsledku předávkování těmito látkami. Často stačí, aby uživatel dostal pouze „čistější“ tedy kvalitnější formu látky a poté se z dávky obvyklé stane dávka smrtelná. Navíc, v případě detoxifikace a následného užití dříve obvyklé dávky může dojít rovněž k předávkování, neboť v důsledku detoxifikace dojde k rychlému poklesu tolerance.

Typickým zástupcem této skupiny je **heroin**. Jedná se o polosyntetický derivát morfinu, jež byl syntetizován poprvé v r. 1874. Původně byl považován za lék, který nemá žádné riziko vzniku závislosti. Dnes se jedná o celosvětově nejrozšířenější drogu ze skupiny opioidů.

Opium je směs alkaloidů opia, kde hlavní účinnou látkou je morfin. **Metadon** je syntetický opioid, který se v České republice užívá k substituční léčbě závislosti na heroinu. Ačkoli je převážně používán právě pro tuto substituční léčbu, v poslední době je užíván rovněž i nelegálně, jako náhražka drogy. Obdobně to je u **buprenorfinu** (tato látka je v ČR vedena pod názvem Subutex), kdy se jedná opět o syntetický opioid užívaný k substituční léčbě závislosti na heroinu.

U skupiny opioidů je nebezpečné, že na tyto látky vzniká silná jak fyzická, tak psychická závislost a rovněž u nich stoupá velmi rychle tolerance (uživatel potřebuje k dosažení stejného účinku větší množství drogy).

Mezi látky tlumivé jsou řazena také farmaka s psychotropním účinkem, tedy anxiolytika (látky snižující úzkost) a hypnotika (látky navozující spánek). Hlavními zástupci této skupiny jsou benzodiazepiny. Problematické je, že tyto léky na bázi benzodiazepinů jsou nejčastěji předepisovanými psychofarmaky, byť stejně jako u opioidů, na tyto látky vzniká jak fyzická, tak psychická závislost. V poslední době stoupá právě počet jedinců závislých na těchto lécích s psychotropním účinkem.

Do jisté míry je specifickou drogou **alkohol**. Jedná se o nejrozšířenější drogu známou od starověku, kdy stejně tak dlouho má lidstvo problémy s jejím nadužíváním. Ve spotřebě alkoholu, konkrétně piva zaujímá ČR přední místo ve světě a to dlouhodobě. Malé dávky alkoholu působí na organismus stimulačně, ty vyšší tlumivě. Alkohol nejprve způsobuje zlepšení nálady, navozuje pocity sebevědomí. Posléze odbourává zábrany a snižuje sebekritičnost. Problematická je pak samozřejmě kombinace alkoholu s dalšími nealkoholovými drogami. Může docházet k potencování, tedy umocnění účinků drog v případě, že se užije více drogy najednou. Některé kombinace drog nejen posilují jejich účinky, ale mohou způsobovat specificky intenzivní a výjimečné stavy. Právě specifické kombinace drog se užívají pro specifický druh intoxikace. Např. kombinace alkoholu a benzodiazepinů

(Kalina, K. a kol. ,2001, s. 83).

Hlavním rizikem nadměrného užívání alkoholu je rozvoj fyzické a psychické závislosti. Ta se rozvíjí po dlouhodobém užívání. Jellinek rozděluje vznik závislosti na alkoholu do čtyř vývojových stádií. První stadium označuje jako počáteční. Druhé stadium jako varovné, třetí stadium nazývá rozhodným a konečné je čtvrté stadium. Nutno ale uvést, že toto tradiční rozdělení stádií vzniku závislosti na alkoholu se již neužívá, místo tohoto je užívána Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 1992), která specifikuje závislost kódy.

Odvykací stav projevující se po dlouhodobém a intenzivním užívání alkoholu se rozvíjí po vysazení nebo redukci dávek alkoholu. Projevuje se psychomotorickým neklidem, třesem, úzkostí, poruchami spánku, halucinacemi , křečemi a dalšími poměrně závažnými příznaky.

Nejtěžší formou odvykacího stavu je pak delirium tremens, kdy dochází i poměrně často k úmrtím. Poté, co odezní hlavní část odvykacího stavu ještě dlouhodobě přetrvávají poruchy spánku, fyzické obtíže a úzkostné stavy. Vzhledem k tomu, že alkohol je značně toxický vede jeho užívání k vážným poškozením organismu.

Drogy bývají děleny do skupin i podle dalších kritérií, jako například podle míry rizika jejich užívání. V tomto případě se dělí na drogy tvrdé a tzv. měkké. Také bývají děleny podle toho, zda na ně vzniká psychická či fyzická závislost, event. obě.

2. Problematika závislosti na drogách

2.1. Závislost jako společenský problém

Závislostí může být cokoli, co je závislostním vztahem. Pokud jde o závislost na drogách, pak návykové látky představují celou paletu látek, které působí na lidský organismus různými účinky. Všechny mají ovšem společné to, že zvyšují výdej dopaminu do těch oblastí mozku, které byly původně rezervovány pro spojování pocitu libosti s biologicky významnými podněty, tedy těmi podněty, které byly potřebné, ať již pro přežití jedince, nebo druhu. To šlo ovšem o přirozený způsob „odměny“. Droga je tedy v podstatě umělým zdrojem odměny. Jako zdroj umělý má ovšem oproti tomu přirozenému několik odlišností. Pokud je použita droga, je dosažení takové odměny rychlejší a podstatně jednodušší. Člověk k tomu, aby dosáhl příjemného pocitu musí v případě užití drogy vynaložit mnohem méně úsilí, než v jinak běžném životě. Taková odměna po užití drogy je mnohem silnější a účinnější oproti přirozeným zdrojům. Navíc lidský organismus nemá vytvořeny dostatečné zpětné vazby k zastavení přijímání takovéto umělé odměny.

Například Miovský uvádí k otázce užívání drog mimo jiné, že do užívání drog se promítají i postoje dostat od života za všech okolností co nejvíce. Bez větší námahy si opatřit zábavu a povyražení. „Lidem již nestačí hudba, rytmus, světelné efekty, speciální prostorové videoprojekce a vše další, spojené s hudebně – zábavným konzumním průmyslem. To vše se stává nedostatečně stimulující, protože lidé jsou tak výraznou mírou přehlcováni, že se stávají k některým podnětům otupělými. Mnozí již nejsou podle všeho schopni plně prožívat hudbu, aniž by u toho nebyly ty nejdražší světelné efekty, aby nepožili „trip“ či deset piv, bez nichž se nedokáží uvolnit. Možná právě zde můžeme hledat jednu z příčin toho, proč stále více lidí musí svoje zážitky a prožitky zesilovat, zintenzivňovat, excitovat, aby se pro ně, díky takto uměle zvyšované prahové hodnotě, vůbec staly prožitky“ (Miovský, M. ,1996, s.77).

2.2. Syndrom závislosti

Pokud jde o charakteristiku, co je to vlastně syndrom závislosti lze vycházet z **definice závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 1992)**, která tento syndrom charakterizuje jako skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. „Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku;
- potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;
- tělesný odvykací stav. Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky;
- průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance);
- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení.

Syndrom závislosti může být přítomen pro určitou látku, třídu látek nebo širší řadu různých látek“ (Nešpor, K., 2003, s.14-15).

2.3. Faktory vzniku závislosti

Na vznik a rozvoj závislosti existuje celá řada teorií. Stanislav Kudrle (Kalina, K. a kol. ,2008, s.18) spatřuje **kořeny vzniku závislosti** v potřebě lidí:

- vyhnout se bolesti či nalézt zklidnění, ulevit si od bolesti fyzické i duševní. Zařazuje sem i bolest z prožívané nudy, z neuspokojení, bolest z pocitů odlišnosti od druhých, z nízkého sebehodnocení;
- cítit se energický, výkonný, kompetentní, bezproblémový, zbavit se vnitřních zábran, dosáhnout euforie a radosti;
- potřeba transcendentního zážitku.

Těmto okruhům potřeb lidí pak koresponduje rozdělení drog dle jejich účinku na opioidy, stimulancia a psychedelika.

Pokud jde o **faktory zvyšující pravděpodobnost rozvoje závislosti na psychoaktivních látkách**, pak dle autorů Slavomila Fischera a Jiřího Škody jsou příčiny vzniku závislostního chování multifaktoriální. Na vzniku závislosti se tak mohou podílet a podílejí různé jak biologické, tak sociální faktory. Mezi tyto faktory jsou zařazovány genetické predispozice, biologické predispozice, psychické faktory a sociální faktory.

Ve vztahu ke **genetickým predispozicím** je třeba vidět, že závislostní chování se nevyvíjí pouze na základě genetického podkladu, nýbrž je výsledkem vznikajícím na základě interakce genetické výbavy s prostředím. Škoda a Fischer uvádějí, že „je prokázáno, že u jedinců z rodin, kde je otec alkoholik, je pravděpodobnost vzniku alkoholismu 10x vyšší. Mimořádně ohroženou skupinou jsou mladí muži, jejichž otec je závislý na alkoholu. Rodinná zátěž se udává asi na 64 % mužských potomků“ (Fischer, S.; Škoda, J., 2014, s. 88).

Pokud jde o **biologické predispozice**, pak dalším rizikem pro vznik závislosti může být i skutečnost, že někteří jedinci mohou mít po požití takovéto látky obzvlášť příjemné pocity oproti jiným. Také po požití takovéto látky nemají nijaké zřetelné potíže a i z těchto důvodů je

potom u nich větší pravděpodobnost častějšího a vyššího množství užívání psychoaktivní látky.

U **psychických faktorů** zvyšují pravděpodobnost užívání psychoaktivních látek tendence k určitému způsobu prožívání (zvýšená dráždivost, labilita, stavy deprese a anxiозity), určitému způsobu uvažování (např. jedinci mající sklon k sebedoceňování nebo naopak k přeceňování; nedokážou posoudit sebe a okolí odpovídajícím způsobem) a konečně určitý způsob chování, kdy jedinci mají nižší míru sebekontroly, nedovedou se poučit ze zkušenosti. Vyšší míru tendence k závislostnímu chování mají i jedinci s poruchou osobnosti a psychickým onemocněním. Zde pak je závislost sekundárním projevem. Zatím však není zcela zřejmá vzájemná příčinná souvislost, tedy, zda duševní choroba vede k užívání psychoaktivních látek nebo užívání těchto látek vede k rozvoji duševní choroby, nebo jsou oba tyto faktory na sobě nezávislé.

Všechny dříve uvedené predispozice a faktory pak působí v určitém sociálním prostředí, jež u jedinců ovlivňuje projevy těchto faktorů. Mezi **sociální faktory**, pokud jde o rozvoj závislosti je řazen zejména vliv rodiny, kdy vzhledem k tomu, že závislost není jevem izolovaným, předpokládají různé teorie, že rodina a vztahy v ní mohou přispět ke vzniku závislosti.

Vliv na rozvoj závislostního chování má dále životní prostředí v němž jedinec žije a sociální konformita (uchovávání a tvorba sociálních kontaktů a vazeb).

2.3.1. Rodina jako jeden z faktorů vzniku závislosti

Jak je již uvedeno, shora vliv rodiny na vznik závislosti na drogách předpokládá řada teorií. Mnohem zřetelnější je to pak v případech, kde například jeden z rodičů je závislým, než v rodinách, kde bere pouze dospívající dítě drogy. Vzhledem k tomu, že užívání návykových látek se velmi často pojí s kriminalitou a delikvencí objevují se často i obdobné faktory vzniku, jak u užívání návykových látek, tak u kriminality .

Za situace, kdy rodina neplní své funkce a selhává, jedná se zcela jistě o faktor mající pro vývoj dětí negativní důsledky. Často se u pachatelů, jež se dopustili trestných činů jedná o

jedince, kteří pocházejí z neúplné rodiny, vyrostli v náhradní rodinné péči, případně mají zkušenost s ústavní výchovou. Právě rodina je pokládána za nejdůležitější sociální skupinu v níž člověk žije. Získává zde zázemí ke své společenské seberealizaci, přejímá vzorce chování a zkušenosti, jež nelze získat jinde.

Nešpor uvádí jako některé rizikové faktory pro vznik závislosti na úrovni rodiny následující:

- „Výskyt jakékoliv neléčené a nezvládané návykové choroby u rodičů zvyšuje riziko jakékoliv návykové choroby u dětí. Neplatí tedy pouze, že děti závislých na alkoholu se častěji samy stávají závislými na alkoholu, ale tyto děti jsou více ohroženy i závislostí na jiných návykových látkách. Podobně jsou různými návykovými nemocemi více ohroženy i děti z rodin, kde se u otce nebo matky objevil například vleklý a nezvládaný problém s patologickým hráčstvím.
- Neexistují jasná pravidla týkající se chování dítěte.
- Nedostatek času na dítě zvláště v časném dětství, malá péče, nedostatečný dohled, nedostatečné citové vazby dítěte.
- Nesoustavná a přehnaná přísnost, nepřiměřené fyzické násilí vůči dítěti, týrání dítěte, sexuální zneužívání dítěte.
- Schvalování pití alkoholu a užívání drog.
- Malá očekávání od dítěte a podceňování ho.
- Špatné duševní a společenské fungování rodičů, rodiče jsou osamělí, vůči širšímu okolí lhostejní nebo dokonce nepřátelští.
- Vážná duševní choroba rodičů.
- Velmi těžké hmotné podmínky rodiny.
- Rodina špatně funguje, výchova pouze jedním rodičem, který časově nebo jinak nezvládá a nemá možnost využít pomoci dalších příbuzných.
- Časté stěhování rodiny.
- Dítě žije bez rodiny a bez domova.
- Závislost na návykové látce, škodlivé či rizikové užívání návykové látky nebo jiný návykový problém u manžela (manželky) nebo partnera (partnerky).
- Vážná duševní nemoc u manžela (manželky).
- Manžel (manželka) nebo jiný blízký člověk funguje jako „umožňovač“, tedy někdo, kdo usnadňuje návykové jednání a chrání závislého před následky, čímž se oslabuje motivace k pozitivní změně“ (Nešpor, K., 2000, s.79-80) .

„V některých případech se rodina může stát sama o sobě zátěží. Může se tak stát i zdrojem vzniku a rozvoje různých psychických problémů a následných sociálně patologických jevů“ (Fischer, S.; Škoda, J., 2014, s.156). Rodina jako taková má z hlediska společnosti plnit zejména funkce biologickou, ekonomickou, sociální a psychologickou.

Jestliže některou z těchto funkcí neplní hovoří se o rodině afunkční či dysfunkční. Taková rodina není schopna zajistit normální vývoj dítěte a jeho výchovu. Za rodinu funkční je pokládána ta, která zajišťuje dobrý vývoj dítěte.

V problémové rodině se vyskytují poruchy některých jejích, případně i všech jejích funkcí, ale rodina je schopna je řešit buď sama, nebo případně za pomoci zvenčí. Taková rodina bývá předmětem pozornosti a pomoci pracovníků orgánů sociálně právní ochrany dětí. Za dysfunkční rodinu je pokládána ta, kde se již vyskytují vážné poruchy jejích funkcí a není je schopna zvládnout sama. Navíc tyto poruchy funkcí rodiny již poškozují vývoj a prospěch dítěte. U dětí z dysfunkčních rodin se v důsledku dlouhodobého neuspokojování citových potřeb často objevují pocity psychické deprivace. Mohou se pak vyznačovat psychickými poruchami, které mohou negativně ovlivňovat jejich zařazování do společnosti. Případná výchovná opatření pak nejsou příliš účinná, přicházejí pozdě, nejsou adekvátní a děti z těchto rodin i často selhávají v obtížných životních situacích a řeší to užíváním drog , či alkoholu.

Rodina afunkční již zcela přestává plnit své základní úkoly a pobyt v ní dítěti škodí. Někdy jej pobyt v takové rodině dokonce ohrožuje na životě. V bývá řešením umístění dítěte do náhradní výchovné péče.

2.3.2. Vliv vrstevníků

Pokud jde o vliv sociální skupiny, ten je nepochybně důležitým faktorem, zejména u mladých lidí. Jedná se o vliv spoluvrstevnických skupin a part. „Ten značně ovlivňuje jejich tendence k asociálním a antisociálním formám chování“ (Fischer, S.; Škoda, J., 2014, s.174). Často se kombinuje se špatným rodinným prostředím, případně školní neúspěšností. Pro mladé lidi z dysfunkčních rodin je navíc skupina vrstevníků důležitější než pro ty, kteří mají dobré

rodinné zázemí. Je u nich silná potřeba přijetí vrstevníky. V případě kontaktů jedince se skupinou, která má antisociální a asociální vzorce chování je zde velké riziko, že se s těmito vzorci chování bude identifikovat a dojde u něj k rozvoji poruch chování a kriminálního chování. V partách se rovněž objevují různé sociálně patologické jevy a zneužívání drog je častou příčinou následné delikvence.

2.3.3. Vliv médií

Vliv sdělovacích prostředků významně působí na fungování současné společnosti. Matoušek uvádí, že “o vlivu médií, a zejména televize na socializaci dnešních dětí a mládeže ve vyspělých zemích nemůže být pochyby“ (Matoušek, O.; Kroftová, A., 2003, s. 100).

Média často prezentují např. násilí jako něco běžného, tedy i v podstatě normálního. Nejen prezentace různých filmů obsahujících násilí, ale i zpravodajství, kde je prezentována opět značná míra násilí může vyvolat pocit, že použití násilí je něco běžného. „Škodlivé účinky na děti a mládež může mít jak násilí fiktivní, tak naturalisticky popisované násilí skutečné, tak i nejasná hranice mezi tím, co se opravdu stalo a co nasadili pro větší účinnost autoři pořadu. Za normálních okolností má dítě již ve středním školním věku schopnost distancovat se od předváděného násilí a zaujímat k němu kritický postoj. Tato kritičnost se však dá vhodným druhem zábavného podání scén s násilím oslabovat“ (Matoušek, O.; Kroftová, A., 2003, s. 102).

V tomto směru pak, především u dětí a mládeže dochází ke zvyšování tendence k agresivnímu jednání.

Média často uvádějí, co je žádoucí nebo standardní, typicky jde o reklamu. Prezentují tak, co je norma a co ne. V tomto směru je třeba si uvědomit k čemu má taková prezentace sloužit, kdy především pro dospívající je toto problematické. Samostatným problémem je využívání virtuálních technologií. S využíváním počítačů, mobilních telefonů se pojí i řada rizik. Děti tráví u počítače řadu hodin, což ohrožuje zdravý vývoj pohybového systému, zaostávají v sociálním vývoji a v počítačových hrách je značné množství prvků násilí. Internet může sloužit jako prostředek k hazardním hrám, lze se dostat na pornografické stránky, často je

využívám k šikaně. Zejména mládež využívá ke komunikaci internetové diskusní skupiny. Často tak zanedbávají reálné vztahy kvůli vztahům na internetu. Internet jim pomáhá omezovat nudu, samotu a nedostatek podnětů.

2.3.4. Vliv využití volného času

Řada autorů vymezuje definici volného času různě. Volný čas lze „vymezit jako dobu, která nám zbývá po splnění našich povinností a uspokojení našich základních životních potřeb“ (Vyhnálková, P., 2013, s.9).

Jestliže je volný čas aktivně využíván v rámci zdravého životního stylu jedná se i o významnou formu prevence rizikového chování a tedy i vzniku případné závislosti na užívání omamných a psychotropních látek. Naopak, jestliže je volný čas dospívajícími využíván pasivně (časté sledování televize, hry na počítači, návštěvy restauračních zařízení apod.), kdy se snaží pouze zahnat nudu, lze se lehce od takového trávení volného času dostat k trávení volného času v různých subkulturách, např. drogové. I z tohoto důvodu je trávení volného času považováno za jeden z rizikových faktorů vzniku závislosti na drogách.

Jestliže je naopak volný čas mladého jedince naplněn aktivitami pozitivními, lze očekávat i jeho pozitivní socializaci.

2.4. Rozvoj závislosti

Závislost na drogách nevzniká náhle, stejně jako závislost na alkoholu, ale v několika vývojových stádiích. Nicméně k rozvoji této závislosti dochází v podstatně kratší době, než je tomu u závislosti na alkoholu.

Fischer a Škoda uvádějí následující fáze vzniku a rozvoje závislosti na drogách, kdy „k rozvoji závislosti dochází v mnohem kratší době, než je tomu u alkoholu. Tyto fáze jsou charakteristické :

- 1. stádium (experimentální) – občasné užití drogy přináší pro jedince příjemné, dosud nepoznané prožitky, negativní účinky látky nejsou patrné (proto je dotyčný k případnému varování lhostejný), droga pomáhá uniknout z reality, kdykoli to jedinec potřebuje, školu, práci a další problémy lze zvládnout dokonce ještě lépe než dříve, před nejbližšími lze tyto experimenty docela dobře utajit. Pokud se v této fázi podaří jedince podchytit, bývá šance na zanechání konzumace poměrně vysoká. Mnoho jedinců v této fázi od konzumace drog odstupuje (najdou si jiné způsoby uspokojování potřeb a řešení nepříjemných situací, často je odradí ti, kdo jsou v dalších fázích závislosti).
- 2. stádium (příležitostného užívání) – jedinec zjišťuje, že mu droga pomáhá v situaci osobní a sociální nouze či nudy, a při této příležitosti a za tímto účelem ji užívá. V této fázi na látce není zatím závislý, konzumace je většinou tajena z důvodu stigmatizace, jedinec si je vědom nesprávnosti takového chování (zatím mu záleží na společenském okolí, na profesní roli, na svých blízkých).
- 3. stádium (pravidelného užívání) – v této fázi již dotyčný bere drogu čím dál tím častěji, stále ještě popírá rizika spojená s jeho chováním. Začíná se objevovat a postupně prohlubovat lhostejnost k tomu, co se netýká drogy. Přestává mu záležet na okolí, dochází ke ztrátě zaměstnání, rozpadu rodiny a kontaktu s blízkými, společnost je tvořena individui rovněž propadnuvšími drogám.
- 4. stádium (návyk a závislost) – jiná motivace než směrem k droze neexistuje, sociální vazby kromě případné party narkomanů nejsou. Změny v oblasti somatické, psychické a sociální jsou velmi závažné a jsou patrné na první pohled. Často dochází k poškození zdraví, k poškození CNS, vnitřních orgánů, sekundárně (z důvodu úpadku v oblasti hygieny) ke snížení imunity, k hepatitidě (zejména typu C), HIV“ (Fischer, S.; Škoda, J., 2014, s. 95-96).

Zmínit v souvislosti s rozvojem závislosti na drogách je třeba také tzv. potenciál drogy pro závislost. V podstatě jde o rychlost a snadnost s níž se při opakovaném užívání určité drogy rozvíjí závislost. Podílejí se na tom faktory jako atraktivita užití drogy, tedy jak drogu uživatel subjektivně vnímá, vlastnosti drogy způsobující požitky, její schopnost snižovat nepříjemné psychické stavy a případně jim zabránit. Dále má vliv, jaká je rychlost účinku, jež následuje po užití drogy a jistota, že se tyto účinky po aplikaci drogy dostaví. Důležitá je i rychlost, se kterou se rozvine tolerance k droze a rychlost s jakou se objeví odvykací syndrom.

Potenciál drogy pro zneužívání pak znamená jaká je pravděpodobnost, že nějaká droga bude pro svou atraktivnost zneužívána ve větší míře než je předpokládáno např. medicínsky (Kalina, K. a kol., 2001, s. 83).

Samotný rozvoj závislosti probíhá jinak u osob, které jsou již v době, kdy začínají užívat drogy dospělé a jinak u dětí a dospívajících, jež s drogou přijdou poprvé do kontaktu. Právě u dětí a dospívajících se projevují jiné návykové problémy než u dospělých.

Karel Nešpor uvádí některé odlišnosti působení návykových látek u dětí a dospívajících tak, že u dětí a dospívajících se závislost se vytváří podstatně rychleji (to, k čemu potřebuje dospělý často roky nebo desítky let, stihne dospívající i řádově během měsíců). Rovněž podle něj je u těchto vyšší riziko těžkých otrav s ohledem na nižší toleranci, menší zkušenost a sklon k riskování, který je v dospívání častý.

U dětí a dospívajících bývá patrné zaostávání v psychosociálním vývoji (oblast vzdělávání, citového vyžívání, sebekontroly, sociálních dovedností, atd.). Mají také častější tendence zneužívat širší spektrum návykových látek a přecházet od jedné ke druhé nebo užívat více látek současně. Jsou u nich časté recidivy, ovšem dlouhodobá prognóza může být podstatně příznivější, než jak by naznačoval často bouřlivý průběh. Za důvod pokládá Nešpor přirozený proces zrání (Nešpor, K., 2000, s.54) .

2.5. Aktuální užívání drog v ČR

Metamfetamin (pervitin) byl v České republice v roce 2016 hlavní problémovou nelegální drogou. Výroba pervitinu je do jisté míry pro Českou republiku typická a na rozdíl od ostatních evropských zemí v České republice převládá užívání metamfetaminu nad amfetaminem. Rozdíl byl i v užívání kokainu. V České republice bylo užívání kokainu omezeno spíše na movitější uživatele. Ve Španělsku nebo Velké Británii je jeho užívání mnohem rozšířenější. Zřejmě je toto dáno zejména cenou kokainu.

I podle Výroční zprávy Národní protidrogové centrály za rok 2017 má Česká republika v oblasti nelegálního obchodu s metamfetaminem i nadále určité specifické postavení. To je dáno tím, že České republice jsou často k výrobě používány malé domácí laboratoře (tzv. varny pervitinu). Na druhou stranu se však nadále rozšiřuje organizovaná průmyslová výroba pervitinu. To je dáno zejména rostoucí poptávkou od uživatelů z okolních zemí. V podstatě průmyslové výrobě pervitinu napomáhá snadná dostupnost prekursorů a dalších látek potřebných k výrobě. Na této průmyslové výrobě a distribuci metamfetaminu v roce 2017 především podílely zejména vietnamské kriminální sktruktury působící nejen v České republice, ale v rámci celé Evropy.

Nicméně tato situace se na drogové scéně postupně mění. Z Výroční zprávy Národní protidrogové centrály za rok 2018 už plyne, že sice vzrůstá objem průmyslové výroby organizované zločineckými skupinami, kdy tato pokrývá poptávku především zahraničních odběratelů, ale i nadále v České republice stále převažují malé laboratoře (tzv. varny pervitinu). Tyto laboratoře jsou na celém území České republiky. Nacházejí se přímo v obydlích a kromě toho, že je zde vyráběn metamfetamin, znamenají uvedené laboratoře i riziko pro okolí. Dochází totiž ke kontaminaci budov toxickými látkami a zamoření životního prostředí nebezpečnými odpady z výroby.

Velkoobjemová výroba metamfetaminu je různě přesouvána a to i na území sousedních států jako je např. Polsko, aby byla snížena možnost jejich odhalení, případně je zde snadnější dostupnost prekursorů pro výrobu a výrobcům hrozí uložení nižších trestů. Vyroběný metamfetamin se částečně dováží i zpět do České republiky, kde je dále distribuován. K výrobě jsou zneužívány léky s obsahem pseudoefedrinu. Tyto jsou dováženy (v masivním množství) nejčastěji z území Polska a to i přes významnou regulaci výdeje těchto léčiv v Polsku. K výrobě jsou používány léky jako Sudafed a Cirrus.

„Cena léků pro výrobu metamfetaminu se v roce 2018 pohybovala na nelegálním trhu kolem 50 tisíc korun za kilogram. Cena metamfetaminu vyrobeného vietnamskými zločineckými skupinami se v roce 2018 pohybovala v rozmezí od 450 do 540 tisíc korun za kilogram“. (*Výroční zpráva za rok 2018* [on-line]).

Naopak u marihuany přestává být průmyslová produkce hlavní doménou organizovaných kriminálních skupin původem z Vietnamu, jak tomu bylo v minulosti. Přetrvávající pěstební činnost je těmito skupinami rozdělována do více menších pěstíren. Produkce má stoupající tendenci, když se zvyšuje poptávka jak domácích, tak zahraničních spotřebitelů.

Nebezpečím jsou syntetické látky sloužící jako náhražka marihuany – kanabinoidy, jež pronikají na trh do České republiky a mnohdy bývají zaměňovány za sušinu marihuany nebo naopak vydávány za legální a neškodné látky. „Největším rizikem těchto látek zůstává neznalost farmakologických a toxikologických účinků na lidský organismus. V roce 2018 byly na území Moravskoslezského kraje zaznamenány desítky intoxikací těmito látkami, včetně úmrtí“. (*Výroční zpráva za rok 2018* [on-line]).

Pokud jde o kokain, pak se rozšiřuje v České republice okruh jeho odběratelů, což souvisí zejména se zvyšující se kupní silou populace a rostoucí poptávkou po této tradičně uznávané nelegální stimulační droze. I tak není Česká republika, pokud jde o kokain, významnou cílovou ani tranzitní zemí. Kokain je zde i nadále drogou užívanou majetnější skupinou obyvatel (zejména s ohledem na jeho cenu na trhu). V případě heroinu, tento v České republice nepředstavuje dominantní užívanou drogu. Česká republika je spíše tranzitní zemí i pokud jde o heroin.

Výroční zpráva Národní protidrogové centrály však poukazuje na skutečnost, znatelně roste problém se zneužíváním léčivých přípravků na bázi opiátů. Konstatuje, že dochází k masivním únikům těchto léčiv, především s obsahem buprenorfinu, na černý trh. V oblasti substituční léčby i nadále chybí funkční regulace a dochází k častému zneužívání substitučních přípravků, a to i z řad uživatelů bez jakékoliv předchozí zkušenosti s opiáty.

V roce 2018 výrazně vzrostl počet záchytů látky MDMA, a to jak v podobě tablet, tak v podobě prášku určeného k dalšímu zpracování. Jednalo se o velká množství v řádech

kilogramů a tisíců tablet. Tento trend souvisí se zvyšující se poptávkou po tabletách „extáze“, a to zejména z prostředí taneční scény, tanečních klubů, barů a letních festivalů taneční hudby. V posledních

třech letech roste výroba těchto tablet přímo na území České republiky. „MDMA je rovněž často obchodovanou látkou v prostředí kyberprostoru, a to jak v malých množstvích, tak v objemech v řádech kilogramů. Nákup ve virtuálním prostředí je ze strany zákazníků považován za bezpečnější a levnější, a často jej například využívají studenti pro získání obchodního artiklu s relativně vysokým finančním ziskem“. (*Výroční zpráva za rok 2018* [online]).

Látky s psychedelickými účinky jsou na černém trhu záležitostí okrajovou, mezi jejich uživatele patří zejména experimentátoři. Naopak se objevuje řada nových psychoaktivních látek. Do konce roku 2018 bylo monitorováno EMCDDA více jak 730 nových psychoaktivních látek. Došlo k nárůstu fatálních intoxikací syntetickými opiáty a syntetickými kanabinoidy. Kromě výše uvedených látek dochází ke stále častějšímu zneužívání léčiv ze skupiny benzodiazepinů, které jsou prostřednictvím internetu nabízeny bez lékařského předpisu, většinou se jedná o padělky léčiv.

Podle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016 plyne, že v roce 2016 některou ze sledovaných nelegálních drog užilo alespoň jednou v životě celkem 30,5 % obecné populace ve věku 15–64 let. Nejčastěji užitou nelegální drogou byly konopné látky, následované extází, halucinogenními houbami, pervitinem a LSD. Zkušenost s kokainem uvedlo 1,4 % respondentů. Zkušenosti s užitím nelegálních drog v životě i aktuální užívání je výrazně vyšší u mužů a v mladších věkových kategoriích. Mezi respondenty ve věku 15–34 let (tzv. mladými dospělými) mělo zkušenost s konopnými látkami 43,8 %, zkušenost s extází 14,3 % a s halucinogenními houbami 10,3 %; konopné látky v posledních 12 měsících užívalo 19,4 % a v posledních 30 dnech 11,1 % tzv. mladých dospělých.

Podle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice za rok 2017 byly opět nejčastěji užitou nelegální drogou konopné látky (28,6–36,9 %), následovala extáze, halucinogenní houby a pervitin.

Na protidrogovou politiku jsou v České republice vynakládány nemalé finanční prostředky. V r. 2016 činily identifikované výdaje na protidrogovou politiku z rozpočtů státní správy a

samosprávy celkem 1536,2 mil. Kč, oproti roku 2015, kdy činily 1442,4 mil. Kč. Výdaje státního rozpočtu z toho dosáhly 1267,5 mil. Kč a výdaje z místních rozpočtů 268,8 mil. Kč.

„V r. 2017 činily identifikované výdaje na integrovanou protidrogovou politiku z rozpočtů státní správy a samosprávy celkem 1755,6 mil. Kč (1536,2 mil. Kč v r. 2016), z toho výdaje státního rozpočtu dosáhly 1453,5 mil. Kč a výdaje z místních rozpočtů 302,2 mil. Kč (z toho z krajů 225,2 mil. Kč a z obcí 77,0 mil. Kč). V r. 2017 došlo k nárůstu výdajů napříč všemi typy služeb, tj. výdajů na prevenci, harm reduction, léčbu, následnou péči i prosazování práva“ (Mravčík, V. a kol., 2018, s.4).

Výdaje ze zdravotního pojištění na léčbu poruch spojených s užíváním návykových látek v r. 2015 činily 1707 mil. Kč (1583 mil. Kč v r. 2014). V roce 2016 již činily 1818 mil. Kč. Z toho na léčbu poruch způsobených alkoholem bylo vydáno 1145 mil. Kč (v roce 2016 již 1218 mil. Kč). Na léčbu poruch způsobených nealkoholovými drogami činily výdaje 562 mil. Kč (v roce 2016 to bylo 600 mil. Kč). Adiktologické (AT) programy z výdajů ze zdravotního pojištění na léčbu poruch spojených s užíváním návykových látek čerpaly 250 mil. Kč (256 mil. Kč v r. 2014 a 270 mil. Kč v roce 2016).

3. Prevence závislosti, systém péče o drogově závislé a ochranná opatření

3.1. Prevence u drog

„Je v širším smyslu slova definována jako intervence určená k zamezení či snížení výskytu, šíření a škodlivých účinků užívání alkoholu a nealkoholových drog“ (Kalina, K., 2001, s. 85).

Prevence v této oblasti je rozlišována na prevenci primární, sekundární a terciální.

Primární prevence si klade za cíl především odradit od prvního užití drogy, event. alespoň co nejdéle odložit první kontakt s drogou. Je zaměřena na osoby, které dosud nepřišly s drogou do kontaktu. Z tohoto pohledu se tyto preventivní aktivity se zaměřují jak na celou populaci, kdy jsou například využívána média při vzdělávání široké veřejnosti, programy ve

školách zaměřené na většinu studentů a mladých lidí, atd. , tak i na ohroženou část populace (záškoláci, tzv. děti ulice, děti rodičů užívajících drogy). Hlavními složkami primární prevence jsou vytváření povědomí a informovanosti o drogách, nepříznivých zdravotních a sociálních důsledcích spojených se zneužíváním drog; podpora protidrogových postojů a norem; posilování prosociálního chování v protikladu k zneužívání drog; posilování jednotlivců i skupin v osvojování osobních a sociálních dovedností potřebných k rozvoji protidrogových postojů a podporování zdravějších alternativ a životního stylu bez drog.

Pokud jde o primární prevenci u dětí, jejím cílem v případě závislosti na návykových látkách u dětí je předejít jejich užívání, nebo alespoň jejich užívání oddálit do pozdějšího věku, kdy už jsou dospívající odolnější. Cílem je také omezit nebo zastavit experimentování s návykovými látkami. Primární prevence by tedy měla začínat pokud možno brzy a odpovídat věku skupiny na kterou má působit. Program primární prevence by měl zahrnovat podstatnou část žáků, být interaktivní, brát v úvahu místní specifika. Měl by využívat pozitivní vrstevnické modely, být dlouhodobý, soustavný a komplexní. Základem primární prevence je rodina. Škola rovněž působí v oblasti primární prevence, kdy touto se zabývají školní metodik prevence a výchovný poradce. V rámci školního poradenského pracoviště působí školní psycholog, speciální pedagog, sociální pedagog, příp. pedagogický asistent. Dále se primární prevenci věnují střediska volného času, domy dětí a mládeže, domovy mládeže a další.

Sekundární prevence je zaměřena na předcházení vzniku a rozvoje závislosti u osob, které již drogu užívají. Cílovou skupinou jsou tak ohrožení jedinci, kteří již mají nějaké prvotní zkušenosti s drogou. Časné intervence se zaměřují na zjištění problémů spojených s užíváním návykových látek. Jde o to předejít závažnému psychickému a somatickému, případně sociálnímu poškození jedince v důsledku užívání drog, či předejít vzniku závislosti na nich.

V tomto směru důležité poradenství, kdy cílovou skupinou jsou uživatelé návykových látek, jež se mohou nacházet ve fázi počátečních experimentů a jsou různě motivováni ke změně a další cílovou skupinou jsou pak rodinní příslušníci uživatelů návykových látek. Kontakty s klienty mohou probíhat jak v terénu, tak v kontaktních nebo poradenských centrech.

Mezi zařízení věnující se sekundární preventivní péči lze zařadit nízkoprahová zařízení, domy na půl cesty a diagnostické ústavy. Náhradní výchovná péče je v ČR realizována v diagnostických ústavech pro děti nebo mládež, dětských domovech se školou, výchovných

ústavech, dětských domovech a střediscích výchovné péče. Ústavní výchova „je navrhována a realizována, jestliže rodiče ve výchově selhávají, výchova je vážně ohrožena nebo ji rodiče nemohou řádně zabezpečit“ (Miovský, M. a kol. , 2010, s. 89).

Do diagnostických ústavů přicházejí děti z rodin na základě soudního rozhodnutí, případně na žádost rodičů nebo na tzv. rediagnostiku z dětských domovů, nebo výchovných ústavů. Pobyt zde je zaměřen na komplexní diagnostiku. Do diagnostického ústavu pro mládež jsou na základě soudního rozhodnutí, či žádosti rodičů umístováni adolescenti s ukončenou školní docházkou. Důvody pro umístění zde jsou většinou spojeny s dlouhodobě neřešenými výchovnými a sociálními problémy.

Dětské domovy jsou určeny pro děti bez závažných výchovných problémů, které jsou somaticky a psychicky zdravé. Jsou zde umístěny zpravidla od tří do 18 let věku.

Do dětských domovů se školou jsou umístovány děti s nařízenou ústavní výchovou, nebo uloženou ochrannou výchovou do 15 let. Důvodem takového umístění jsou zpravidla závažné poruchy chování nebo duševní poruchy vyžadující výchovně léčebnou péči.

Výchovné ústavy pečují o děti s uloženou ochrannou výchovou, nebo nařízenou ústavní výchovou od jejich 15 let do 18 let. Případně zde mohou být umístěny i děti starší.

Ovšem taková ústavní péče je opět problematická pro dítě z toho pohledu, že se zde střídají vychovatelé, dítě si může jen obtížně vytvořit nějaké trvalejší citové pouto ke konkrétní osobě.

V ústavní péči je oproti běžnému životu ve funkční rodině menší množství podnětů. Dětem chybí model chování v běžné rodině, pocit trvalosti mezilidských vztahů. Navíc ústavní péče končí většinou v 18 letech věku dítěte, kdy je sice dospělé právně, avšak často není osobnostně zralé.

Terciární prevence je zaměřena již na „předcházení vážnému, či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog“ (Kalina, K.,2010, s. 109).

V této souvislosti je třeba vidět, že užívání drog s sebou nese řadu zdravotních komplikací a onemocnění, která mohou být i vážnějším problémem než je sama závislost na

psychotropních látkách. U osob závislých je problematická i samotná léčba těchto onemocnění, neboť uživatelé drog často nedostatečně spolupracují a nejsou schopni často dodržet léčebný režim. Například mezi nejzávažnější komplikace související s injekční aplikací drog jsou infekční choroby přenášené krví jako hepatitida a infekce HIV. Terciální prevence je tak zaměřena na resocializaci a sociální rehabilitaci osob, které prošly léčbou, abstinují, či užívají substituční léčbu. Dále se zaměřuje na ty, kteří drogy užívají, a to často právě v návaznosti na snahu o snížení zdravotních rizik souvisejících s nitrožilním užíváním drog.

Česká republika má vybudován určitý systém péče pro uživatele návykových látek. Jedná se o síť poradenských, léčebných a sociálních služeb odpovídajících potřebám osob, které se nacházejí v různé fázi rozvoje závislosti. Tento systém péče by měl splňovat rovněž kritéria komplexnosti, provázanosti a efektivity.

3.2. Systém péče o drogově závislé v ČR

Systém péče – jedná se o „vzájemně provázané programy a služby, které odpovídají na různé potřeby klienta v různých obdobích jeho cesty k normálnímu životu“ (Kalina, K., 2001, s. 85).

Mezi základní složky tohoto systému patří terénní a nízkoprahové služby; ambulantní péče a léčba; ústavní detoxifikace, léčba krátkodobá a střednědobá; dlouhodobá – rezidenční péče; doléčování; dlouhodobé - udržovací substituční programy.

Aby byl tento systém péče skutečně efektivní musí splňovat řadu kritérií. Zejména být komplexní, tak aby odrážel potřeby různých specifických cílových skupin a rozsah problémů způsobených užíváním návykových látek. Jednotlivé služby musí na sebe navazovat a každá součást by měla mít vytvořeny nástroje, které umožňují zajistit maximální možnou efektivitu (k tomuto patří standardy odborné péče, certifikační a akreditační systém, pravidelné monitorování kvality a účinnosti poskytované péče). Péče musí být místně i časově dostupná

s ohledem na potřeby uživatelů služeb a musí odpovídat regionálním problémům užívání návykových látek.

Terénní programy

Jsou prvním článkem systému péče o drogově závislé. Zaměřují se na jednotlivce a skupiny, které nejsou v kontaktu s žádnými sociálními, zdravotními či výchovnými institucemi. Jedná se zejména o uživatele návykových látek, kteří mají pocit, že zatím žádnou pomoc nepotřebují. Dále o tzv. „děti ulice“, pro které je kontakt na ulici nejpříjemnější. Dalšími klienty jsou pravidelní uživatelé drog, kteří nejsou motivováni pro kontakt s pomáhající institucí a problémoví uživatelé drog v rozvinutém stupni závislosti, jež nejsou schopni se kontaktovat s jinou službou. Rovněž tak jsou klienty terénních programů uživatelé, kteří považují kontakt s pomáhající institucí za pro sebe rizikový (např. závislá matka s dětmi obávající se odebrání dětí).

Cílem terénních programů je především minimalizovat negativní důsledky užívání drog, jak pro samotné uživatele, tak pro okolí. Zaměřují se na nitrožilní uživatele drog s cílem snížit jejich rizikové chování, snížit riziko přenosu a rozšíření HIV a hepatitidy typu B a C. Cílem je rovněž motivovat uživatele drog ke změně životního stylu a tedy k abstinenci.

Mezi typy služeb, jež jsou poskytovány v rámci terénní práce jsou: výměna injekčních jehel a stříkaček; distribuce dalšího zdravotnického materiálu (náplasti, aluminiové folie, atd.); distribuce kondomů; základní zdravotní a sociální poradenství. Dále jsou v rámci terénních programů poskytovány, ať již ústně, nebo písemně informace o účincích drog, rizicích spojených s jejich užíváním, infekčních chorobách a dalších službách navazujících na terénní služby. Rovněž tak je monitorována drogová scéna, ať již uzavřená (drogové byty), tak otevřená a výskyt uživatelů drog v jednotlivých lokalitách.

Nízkoprahová kontaktní centra

„Nabízejí své služby cílové skupině drogově závislých, která není v kontaktu s jinými zdravotními a sociálními institucemi“ (Kalina, K., 2010, s. 55).

Tato zařízení se nazývají nízkoprahová, když umožňují přístup ke službám klientům přímo z ulice, bez jakéhokoli doporučení, anonymně a v neformálním prostředí. Poskytují zejména včasnou intervenci, zdravotní a sociální poradenství. Další cílovou skupinou na níž se

nízkoprahová kontaktní centra zaměřují jsou osoby blízké osobám užívajícím návykové látky, když i tyto potřebují poradenství a pomoc. Podmínkou poskytování služeb center není to, aby klient aktuálně abstinoval. Cílem činnosti je motivovat klienty k změně životního stylu a abstinenci. Dále pak snižovat sociální a zdravotní rizika u uživatelů drog a tím chránit i nezasaženou část populace.

I v těchto centrech probíhá výměnný program – výměna injekčního materiálu, distribuce dalšího zdravotnického materiálu, poskytování informací o bezpečnějším užívání drog. Kromě samotné kontaktní práce se centra zaměřují na poradenství a systematictější řešení zdravotních, sociálních a jiných problémů klienta. Klient zde již není anonymní, často se pracuje i s jeho rodiči, partnery, s rodinou.

Střediska výchovné péče poskytují preventivně výchovnou či výchovně vzdělávací péči ambulantní formou. Věnují se předcházení vzniku a rozvoji rizikových projevů chování dítěte, zmírňují nebo odstraňují příčiny a důsledky již vzniklých poruch chování a přispívají ke zdravému osobnostnímu vývoji dítěte (Miovský, M. a kol. , 2010, s. 92).

Detoxifikační jednotky

Detoxifikace je „léčebná metoda, jejímž smyslem je zastavit užívání drogy u závislé osoby a při níž jsou minimalizovány symptomy odvykacího syndromu a riziko poškození“ (Kalina, K., 2010, s. 28).

Cílem této léčby je zvládnutí odvykacího stavu a intoxikace. Detoxifikace probíhá na detoxifikační jednotce, která je buď samostatnou jednotkou v rámci nemocnice, nebo je součástí zařízení pro léčbu závislostí.

Substituční léčba

Její podstatou je nahrazení ilegálně získávané návykové látky lékem, který má dlouhodobější účinek, neaplikuje se nitrožilně, ale perorálně. Jde o lék předepisovaný a podávaný lékařem. V ČR je k substituční léčbě užíván metadon jako náhrada za látky opiátového typu. Cílovou skupinou substituční léčby jsou právě osoby s těžkou a dlouhodobou závislostí na těchto látkách, osoby s opakovanými neúspěšnými abstinenciálními pokusy, příp. léčbami. Dále osoby závislé na opiátech s HIV pozitivitou. Cílem substituční léčby je snížit užívání drogy a tím i

redukovat kriminální chování osoby závislé. Dále pak snížit zdravotní rizika a sociálně stabilizovat klienta. Klient každý den přichází pro substituční preparát. V případě porušení substitučního programu je z něj klient vyřazen.

Ambulantní léčba

„Léčba prováděná bez vyčlenění klienta z původního prostředí“ (Kalina, K., 2010, s. 14).

Je vhodná pro uživatele návykových látek, kteří jsou motivováni k léčbě, mají podpůrné, nebo alespoň neškodící sociální zázemí. Klient při ambulantní léčbě, která probíhá ve zdravotnickém, či nezdravotnickém zařízení (psychiatrické ambulance, psychologické poradny..), setrvává ve svém podpůrném sociálním prostředí a nemusí při ní přerušovat školu nebo práci. Délka kontaktů s klientem, jejich frekvence a doba docházení je individuálně přizpůsobená potřebám klienta. Ambulantní léčba pak může přecházet plynule do doléčování.

Denní stacionáře

Jsou ambulantními zařízeními, kam klienti docházejí přes den v pracovní dny. V případě osob závislých na návykových látkách je denní stacionář vhodný pro osoby schopné abstinovat bez vyčlenění ze svého původního prostředí. Denní stacionáře mají tzv. strukturovaný program, což je léčebný program charakterizovaný přesným časovým rozvrhem, souborem pravidel, která stanoví podmínky léčby, pravidla chování účastníků programu, včetně sankcí. Program obsahuje skupinové terapeutické aktivity, sportovní a pracovní aktivity, klubové atd.. Rozsah programu je minimálně 20 hodin týdně, rozvržených do pěti pracovních dnů.

Střednědobá ústavní léčba

Jedná se o rezidenční léčbu trvající 3-6 měsíců ve zdravotnických zařízeních (psychiatrických léčebnách, odděleních pro léčbu závislostí). Tato léčba je zaměřena na osoby od 15 let věku a to problémové uživatele návykových látek, včetně alkoholu. Většinou se jedná o osoby, které tuto léčbu nastupují dobrovolně, případně po detoxifikaci. Ve strukturovaném programu zde převažují léčebné aktivity nad aktivitami rehabilitačními či resocializačními.

Rezidenční – pobytová léčba, terapeutické komunity

Terapeutické komunity jsou specializovaná pobytová zařízení zaměřená na léčbu, která vede k abstinenci a také jsou zaměřovány na sociální rehabilitaci. V terapeutické komunitě je poskytována střednědobá a dlouhodobá péče, jež trvá 6-18 měsíců. „Cílovou populaci tvoří

osoby závislé na návykových látkách (obvykle nealkoholových) ve středním až těžkém stupni závislosti, často s kriminální anamnézou a těžším psychosociálním, případně i somatickým poškozením (nejčastěji hepatitidou typu B a C)“ (Kalina, K. a kol., 2008, s. 205).

3.3. Ochranná opatření

Vzhledem k tomu, že ochranné léčení a zabezpečovací detence jsou také ochrannými opatřeními, která jsou v další části práce zmiňována, pokládám za vhodné blíže ozřejmit problematiku těchto ochranných opatření, která jsou užívána u osob závislých na návykových látkách.

Ochranná výchova

Mimo shora uvedená ochranná opatření je třeba zmínit rovněž další ochranné opatření, jímž je ochranná výchova. Otázku uložení ochranné výchovy řeší zákon č. 283/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže).

Ochrannou výchovu může soud pro mládež mladistvému uložit pokud o jeho výchovu není náležitě postaráno a nedostatek řádné výchovy nelze odstranit v jeho vlastní rodině nebo v rodině, v níž žije. Také toto opatření může uložit, pokud dosavadní výchova mladistvého byla zanedbána, nebo prostředí, v němž mladistvý žije, neposkytuje záruku náležité výchovy, a nepostačuje uložení výchovných opatření. Ochranná výchova trvá, dokud to vyžaduje její účel. Nejdéle do 18 let, ale jestliže to vyžaduje zájem mladistvého může soud prodloužit trvání ochranné výchovy do věku 19 let.

Zabezpečovací detence

Patří mezi ochranná opatření, kdy podle § 100 odst. 2 písm. a) tr. zákoníku. O jejím uložení rozhoduje soud. Ten může uložit zabezpečovací detenci vzhledem k osobě pachatele s přihlédnutím k jeho dosavadnímu životu a jeho poměrům i tehdy, jestliže pachatel spáchal zločin ve stavu vyvolaném duševní poruchou, jeho pobyt na svobodě je nebezpečný a nelze očekávat, že by uložené ochranné léčení s přihlédnutím k povaze duševní poruchy a možnostem působení na pachatele vedlo k dostatečné ochraně společnosti. Rovněž tak může podle § 100 odst. 2, písm. a) tr. zákoníku uložit zabezpečovací detenci pachateli, „který se

oddává zneužívání návykové látky, znovu spáchal zvláště závažný zločin, ač již byl pro zvláště závažný zločin spáchaný pod vlivem návykové látky nebo v souvislosti s jejím zneužíváním odsouzen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody nejméně na dvě léta, a nelze očekávat, že by bylo možné dosáhnout uložením ochranného léčení dostatečné ochrany společnosti, a to i s přihlédnutím k již projevenému postoji pachatele k ochrannému léčení“ (Šámal, P. a kol., 2009, s.1042).

Jde o opatření, které poskytuje ochranu společnosti před zvláště nebezpečnými duševně chorými osobami nebo osobami závislými na návykových látkách, u nichž nemůže splnit svůj účel ochranné léčení. Plně byla zabezpečovací detence upravena až trestním zákoníkem s účinností od 1. 1. 2010. Dále je upravena zákonem č. 129/2008 Sb. o výkonu zabezpečovací detence. K zavedení tohoto ochranného opatření vedlo mimo jiné i to, že u určitého druhu odsouzených vznikají při výkonu ochranného léčení závažné potíže, jež spočívají jednak v tom, že tyto osoby v některých případech maří výkon uloženého ústavního ochranného léčení tak, že ze zdravotnických zařízení utíkají (tato zařízení nemají dostatečnou ostrahu) nebo odmítají léčbu a velmi často tak negativně ovlivňují i ostatní léčené osoby. Mezi pachateli, kteří mají nařízeno ústavní ochranné léčení, je totiž nemálo těch, kteří s ohledem na charakter a závažnost své duševní poruchy představují pro společnost mimořádné nebezpečí. Většinou jde o osoby, u kterých lze na základě vyšetření duševního stavu důvodně předpokládat, že se v budoucnu dopustí závažné trestné činnosti. Zejména se to týká osob, které jsou charakterizovány jako nebezpeční agresori, sexuální devianti, případně jde o osoby, které jsou závislé na návykových látkách. Zabezpečovací detence je ochranné opatření, které má odlišný výkon od výkonu trestu odnětí svobody, ale i od ochranného léčení. Zejména je zde rozdíl, pokud jde o samotné střežení pacientů. Kromě zvláště nebezpečných pacientů, které lze charakterizovat jako osoby nepodrobivé, nespolupracující, sociálně těžce maladaptované a agresivní, které odmítají či dokonce sabotují léčbu a negativně ovlivňují ostatní pacienty, jde o osoby postižené chorobou, kterou za současných podmínek nelze léčit. U takových osob se jedná často o těžké poruchy osobnosti, kdy v mnoha případech jde i o souhrn několika anomálií současně (psychopatická osobnost, nízký intelekt, sexuální deviace). Takovému pacienty není možné zvládnout v běžném zdravotnickém zařízení.

K tomu, aby mohla být uložena zabezpečovací detence, musí být splněna celá řada podmínek. Pokud jde o samotný výkon zabezpečovací detence, je-li uložena vedle nepodmíněného trestu odnětí svobody, vykonává se až po jeho výkonu. Vykonává se v ústavech pro výkon

zabezpečovací detence, které spravuje Vězeňská služba České republiky. Ústavy pro výkon zabezpečovací detence mají zvláštní ostrahu s léčebnými, psychologickými, vzdělávacími, pedagogickými, rehabilitačními a jinými programy. Tyto programy jsou přizpůsobovány individuálně každému chovanci. Účast na těchto programech je pro osoby zde umístěné povinná. Působí zde odborní zaměstnanci jako psychologové, speciální pedagogové a další.

Zabezpečovací detence není nařizována na určitou dobu, nýbrž trvá tak dlouho, dokud to vyžaduje ochrana společnosti. Nicméně jednou za dvanáct měsíců přezkoumává soud, zda i nadále trvají důvody pro další pokračování zabezpečovací detence. Je možné takto rozhodnout o změně zabezpečovací detence na ústavní ochranné léčení. O tomto rozhoduje soud, pominou-li důvody, pro které byla ochranná detence uložena a zároveň jsou splněny podmínky pro uložení ústavního ochranného léčení (Šámal, P. a kol., 2009, s.1042-1058).

Ochranné léčení

Ochranné léčení je ukládáno podle § 99 trestního zákoníku. Podle Šámala „je právním následkem trestného činu nebo činu jinak trestného a poskytuje ochranu společnosti před nebezpečnými duševně chorými osobami (postiženými duševní poruchou) nebo osobami závislými na návykových látkách jejich umístěním nebo ambulantní péčí v zdravotnickém zařízení, a to s cílem jejich opětovného zařazení do běžného života“ (Šámal, P. a kol., 2009, s. 1026).

Ochranné léčení může být uloženo buď ve formě ambulantní nebo ve formě ústavní. Ochrannou protitoxikomanickou léčbu je možné vykonávat i během výkonu nepodmíněného trestu odnětí svobody, ovšem pouze v několika věznicích v ČR, které touto možností disponují. Jinak k této léčbě odsouzený nastupuje až po případném výkonu trestu odnětí svobody. Problematické u tohoto typu ochranného opatření je, že zde bývá často malá motivace pachatelů k léčbě. Nicméně, v případě, kdy znalci seznají, že motivace k léčbě je u pachatele trestné činnosti minimální, či žádná často ani uložení tohoto opatření nenavrhují, právě proto, že by v konkrétním případě bylo neefektivní.

3.4. Výkon trestu odnětí svobody

Vzhledem k tomu, že se ve své práci zabývám osobami, které byly odsouzeny k nepodmíněnému trestu odnětí svobody je třeba uvést, že pokud jde o výkon tohoto trestu podle zákona č. 40/2009 Sb. trestního zákoníku se trest odnětí svobody vykonává diferencovaně buď ve věznicí s ostrahou nebo ve věznicí se zvýšenou ostrahou. Do věznic se zvýšenou ostrahou soud zařadí zpravidla pachatele, kterému byl uložen výjimečný trest, pachatele, kterému byl uložen trest odnětí svobody za trestný čin spáchaný ve prospěch organizované zločinecké skupiny, kterému byl za zvlášť závažný zločin uložen trest odnětí svobody ve výměře nejméně osm let, nebo který byl odsouzen za úmyslný trestný čin a v posledních pěti letech uprchl nebo se pokusil uprchnout z vazby, z výkonu trestu nebo z výkonu zabezpečovací detence.

Podle zákona č. 169/1999 Sb. o výkonu trestu odnětí svobody (v platném znění) je pak základem působení na odsouzené tzv. program zacházení, což je v podstatě celodenně probíhající program jehož cílem je korekce nežádoucích vzorců chování a způsobu života. Zahrnuje pracovní aktivity, vzdělávací aktivity, různé terapeutické aktivity, kdy v některých věznicích je možné podrobit se protitoxikomanické léčbě již v rámci výkonu trestu odnětí svobody, je zde možný sociální výcvik, individuální poradenství, trénink zvládnání vlastní agresivity, atd.

Pokud jde o výkon trestu odnětí svobody u mladistvých odsouzených uplatňují se u nich podle vyhlášky Ministerstva spravedlnosti ČR č. 345/1995 Sb. – řád výkonu vazby individuální způsoby zacházení, aby se tak předešlo negativním účinkům jejich izolace od společnosti. Tato opatření se zaměřují na rozvíjení rozumové, emocionální a sociální zralosti mladistvých. Mimo jiné je např. důraz kladen na zvládnání samostatného řešení životních situací, omezování a zvládnání agresivních reakcí a nevhodného jednání. Vzdělávací a pracovní aktivity jsou zaměřeny na získání znalostí a dovedností usnadňujících zařazení mladistvého do zaměstnání po návratu do běžného života. Mladiství jsou na základě charakteristiky osobnosti a spáchaného provinění ve věznicích pro mladistvé rozděleni do celkem čtyř základních diferenciačních skupin.

Do skupiny A se zařazují odsouzení mladiství se základní charakteristikou osobnosti v normálu, u nichž poruchy chování vyplývají z nevhodného sociálního prostředí, emocionální a sociální nevyzrálosti, popřípadě špatného zacházení. Skupinu B tvoří odsouzení mladiství s naznačeným disharmonickým vývojem osobnosti. Skupinu C pak odsouzení s poruchami

chování včetně poruch chování způsobených užíváním návykových látek, kteří vyžadují specializovaný výkon trestního opatření. A konečně do skupiny D jsou zařazováni odsouzení mladiství s mentální retardací.

Zařazení do jednotlivých skupin se provádí na základě doporučení odborných zaměstnanců. Je možné zařadit mladistvého do tzv. prostupné skupiny na základě plnění programu zacházení, charakteristiky osobnosti, možnosti resocializace, jejich chování, jednání, postojů ke spáchanému provinění a výkonu trestního opatření. Děje se tak na návrh speciálního pedagoga, který ve věznici pro mladistvé působí. Mladistvým může být např. povoleno v souvislosti s návštěvou i dočasně opustit věznici, a to nejdéle na dobu 24 hodin.

4. Delikvence a kriminalita mládeže

4.1. Definování delikvence a kriminality

Samotné slovo kriminalita pochází z původně latinského criminalis – zločinný a crimen tedy zločin. Delikvence pak také z latinského delinquere – provinít se.

Maroušek a Kroftová uvádějí, že kriminalita je „množina všech trestných činů definovaných v zákoně a spáchaných kýmkoli, tedy i osobou, která ještě není trestně odpovědná“. Delikvenci definují jako „všechny typy jednání, jež porušují sociální normy chráněné právními předpisy včetně přestupků“ (Matoušek, O; Kroftová, A., 2003, s. 315).

Fischer a Škoda uvádějí, že kriminalitu „můžeme definovat jako výskyt chování, které je v dané společnosti trestné. Jedná se o souhrn trestných činů, které se v konkrétní společnosti

vyskytly a vyskytují. Jedná se o činy a chování sankcionované podle trestního zákona, a to jak zjevné, tak latentní“ (Fischer, S.; Škoda, J., 2014, s. 169).

Delikvenci definují jako širší pojem než kriminalitu a do pojmu delikvence zahrnují i přestupky a trestnou činnost osob mladších než 15 let. Uvádí, že „velmi často bývá pojem delikvence používán v souvislosti s nežádoucím a nepřijatelným chováním dětí a mládeže“ (Fischer, S.; Škoda, J., 2014, s. 170).

Pokud jde o mládež jsou jako riziková mládež označováni mladí lidé ve věku do 18-ti roků u nichž je zvýšené riziko sociálního selhání. Jedná se mimo jiné o mladé lidi disponované k delikventnímu chování, užívání omamných a psychotropních látek, alkoholu..

4.2. Příčiny delikvence a kriminality

4.2.1. Biologické faktory

Delikvenci a kriminalitu obecně, tak i mladistvých ovlivňuje řada faktorů. Jako jeden z mnoha faktorů, které mají na delikvenci vliv je genetická dispozice, jež může být odpovědná třeba za sníženou sebekontrolu. Jedná se o vrozené dispozice k určitým způsobům reagování, např., že jedinec je zvýšeně dráždivý, má vyšší míru impulsivity a nižší míru frustrační tolerance. Často jsou u osob s delikventním chováním zjištěny některé poruchy chování a emocí, kdy jde zejména poruchy chování související s MMD (minimální mozková dysfunkce) a syndrom hyperaktivity (ADHD).

Zjištěno bylo, že mezi osobami dopouštějícími se delikventního chování je vyšší počet osob s poruchami osobnosti. „Jedná se o poruchy, které souvisejí s odchylkami ve vztahu jedince k druhým, ke společnosti a jejím normám. Patří sem zejména disociální porucha osobnosti“ (Fischer, S.; Škoda, J., 2014, s. 172).

Dále sem patří poruchy související s emocionalitou, tedy emočně nestabilní poruchu osobnosti. Často se jedná o poruchu smíšenou. K důležitým osobnostním faktorům patří rozumové schopnosti. Kriminálního chování se obecně dopouštějí jedinci jejichž rozumové schopnosti jsou nižší.

K dalším z biologických faktorů ovlivňujících delikvenci a kriminalitu patří dle statistik pohlaví jedince. Muži se podle těchto údajů dopouštějí trestné činnosti více než ženy.

4.2.2. Sociální faktory

Rodina je významným faktorem z hlediska pravděpodobnosti vzniku kriminality. „Rodina je tradičně považována za hlavního činitele, jenž svým selháváním dětem umožňuje kriminální chování“ (Matoušek, O; Kroftová, A.,2003, s. 37).

Přibývá rodin, kde dítě vychovává jen jeden z rodičů a tyto děti mívají o něco horší výsledky ve škole, více zdravotních a psychických problémů, včetně problémů se zákonem. Za rizikový faktor pro dítě označují Matoušek a Kroftová „nepřítomnost rodičovské postavy v rodině. V rodině delikventně se chovajících mladých lidí chybí nejčastěji otec, a to vinou rozvodu nebo kvůli tomu, že s matkou dítěte nikdy nezačal žít. Chlapec pak postrádá vzor, s nímž by se mohl identifikovat, děvče postrádá model mužského chování, děti obojího pohlaví postrádají druhý (specifický) zdroj opory a druhou (specifickou) autoritu“ (Matoušek, O; Kroftová, A.,2003, s. 45).

Delikventně se chovající rodič (závislost na drogách, alkoholu, trestná činnost, je nezaměstnaný) zvyšuje pravděpodobnost, že i dítě bude v budoucnosti přestupovat zákon. K rozvoji delikvence dochází často i u těch jedinců, kde rodina neplnila emocionální funkci a docházelo k psychické deprivaci dítěte. Rovněž tak bývá psychická deprivace dítěte spojena s pobytem ve výchovných zařízeních.

„Pro rizikovou mládež z dysfunkčních rodin je vrstevnická skupina důležitější než mladé lidi vyrůstající v rodinách, jež dětem poskytují přiměřenou míru podpory a vedle toho jim přiměřeně vytyčují meze dovoleného chování“ (Matoušek, O; Kroftová, A.,2003, s. 83).

Pro děti, které takovouto podporu rodiny nemají je pak potřeba, aby byly přijaty vrstevnickou skupinou velmi důležitá a rozhodně důležitější než pro ty, které mají dobré rodinné zázemí. Důležité je trávení volného času, když některé party dospějí k trestné činnosti poté, co tráví volný čas bezcílně, v hernách a restauracích. Na takto vedený způsob života pak nemají

finanční prostředky, jež si opatřují nejprve drobnějšími krádežemi a poté i závažnější trestnou činností. Jestliže má taková skupina asociální chování zvyšuje riziko, že se dítě bude s těmito vzorci chování identifikovat a přebírat je.

Významná je i otázka dosaženého vzdělání. S tímto se následně pojí postavení jedince ve společnosti. S nízkou kvalitací souvisí to, že tito jedinci bývají často dlouhodobě nezaměstnaní a nezaměstnanost pak směřuje do sociálně patologických jevů. Navíc tito jedinci mají mnoho volného času, který by jinak trávili v rámci pracovního procesu a tento volný čas tráví nevhodným způsobem, včetně páchaní trestné činnosti, užívání drog, alkoholu.

4.3. Recidiva kriminality mladistvých

Z analýzy trendů kriminality v roce 2014, že pokud jde o recidivu mladistvých, kdy recidiva je v obecném vnímání pojímána jako pokračování v kriminální kariéře jedincem poté, co již proti němu bylo uplatněno opatření justičního systému, bylo v roce 2014 z celkového počtu odsouzených mladistvých (1 593 mladistvých odsouzených) 38 mladistvých recidivistů.

Bylo zjištěno, že mezi mladistvými recidivisty byli převážně muži ve věkovém rozmezí 17-18 let. Prvního provinění se nejčastěji dopustili ve věku 15-16 let.

Většina z nich pocházela ze sociálně slabých rodin, kdy rodiče byli rozvedeni a ve velké části těchto rodin bylo zaznamenáno závadové chování. Jednalo se například o zanedbávání péče o dítě, domácí násilí, požívání alkoholických nápojů v rodině, páchaní trestné činnosti, některý z rodičů byl ve výkonu trestu, eventuelně se kombinovalo více těchto faktorů. Autoři analýzy uvedli, že „86 % zkoumaných osob se nacházelo v evidenci OSPODu, ať už v rámci klientského spisu rodiny nebo samostatně“ (Marešová a kol., 2015, s. 46).

U těchto mladistvých se již před pácháním trestné činnosti vyskytovala řada výchovných problémů už během školní docházky. Kromě výchovných problémů šlo o špatný školní prospěch (opakování ročníku), časté absence ve škole, šikana, agresivita, páchaní přestupků. Mnohdy u nich bylo zjištěno páchaní trestné činnosti v době, kdy nebyli trestně odpovědní. V jejich anamnéze se vyskytovalo i psychiatrické vyšetření, péče, nebo pobyt v léčebně např.

z důvodů zvýšené nebo těžko zvladatelné agresivity, pro poruchy chování, závislostem na omamných a psychotropních látkách, sebepoškozování.

Pokud je takový mladistvý umístěn ve výchovném zařízení, je často na útěku a během útěku z výchovného zařízení se nezřídka dopouští trestné činnosti. Jak uvádí autoři analýzy trendů kriminality v roce 2014 „ve výchovných zařízeních žilo 24 (57 %) mladistvých ze vzorku“ (Marešová a kol., 2015, s. 44).

U rodičů takto umístěných mladistvých bývají zaznamenány dva rozdílné postoje k mladistvému. Buď se o něj zajímají jen minimálně, nebo naopak napomáhají mladistvému při útěku z výchovného zařízení (nevrací se z dovolenky a rodiče ho v tom podporují). Velmi často je po návratu od rodiny dosavadní výchovný efekt devalvován.

Vzdělání těchto mladistvých bylo buď pouze základní, nebo dosud byli v učňovských oborech. Často se jednalo o nezaměstnané, nebo osoby vedené v evidenci Úřadu práce. Svou kriminální kariéru zahajovali nejčastěji krádežemi.

Autoři studie uvádějí, že nezpochybnitelný je vliv rodinné anamnézy, což klade zejména důraz na práci OSPOD. Ovšem také uvádějí, že u mladistvých recidivistů v řadě případů „byly vyčerpány veškeré možné intervence do výchovy problematického dítěte/mladistvého, např. uskutečnění výchovného pohovoru, vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně, skupinová nebo individuální terapie, pobytové léčení v psychiatrické léčebně, stanovení dohledu nad mladistvým, (dočasné) umístění do střediska výchovné péče, přestupy a přecházení mezi jednotlivými výchovnými zařízeními“ (Marešová a kol., 2015, s. 59). Nutné je uvést v těchto případech jde o jedince, jimž ještě není 18 let a jejich kriminální kariéra je už plně rozvinutá.

5. Výzkumná část

5.1 Metodologie

5.1.1. Povaha výzkumu

Jedná se o kvalitativní výzkum a to o mnohopřípadovou studii. Ve výzkumu se zabývám případy pěti mužů odsouzených za trestnou činnost, které se dopustili pod vlivem omamných a psychotropních látek. Jedná se o jedince, u nichž se již v době dospívání projevily některé formy rizikového chování. Snahou je zachytit významné faktory, které u těchto osob vedly k užívání omamných a psychotropních látek a to, zda a jak se tato závislost promítla do trestné činnosti, které se posléze dopustili. Cílem práce je pokud možno zaznamenat i to, jestli se u jednotlivých případů vyskytly obdobné faktory, které mohly mít vliv na rozvoj drogové a následně i kriminální kariéry u zkoumaných osob s přihlédnutím ke kontextu jejich

dosavadního života. Při samotném sběru dat byla využita metoda studia dokumentů, jako rozsudky, zprávy OSPOD, znalecké posudky z oboru zdravotnictví odvětví psychiatrie a psychologie a vyjádření zkoumaných osob (pokud byla k dispozici). Takto získané informace byly vyhodnoceny ve formě rámcového zápisu v prezentaci jednotlivých případů. Po zpracování jednotlivých případových studií, dle tohoto schématu, byla na základě komplexu těchto informací provedena jejich analýza a interpretace výsledků.

Analýza jednotlivých případů nám v průběhu celého výzkumu umožňuje sledování, popisování a vysvětlování případu v jeho komplexnosti, a díky tomu může dospět k přesnějším a do hloubky jdoucím výsledkům. Jejich prostřednictvím tak máme možnost lépe porozumět jednotlivým vztahům i celkovým souvislostem (Miovský, M. 2006, s. 94).

5.1.2. Výzkumné otázky

Pro výzkum jsem si položil následující výzkumné otázky. První : **„Jaké faktory ovlivnily vznik drogové závislosti, případně zneužívání drog u zkoumaných jedinců?“** Na tuto otázku pak navazuje druhá: **„Jak se tato drogová závislost promítla do trestné činnosti spáchané tímto jedincem, včetně toho, o jaký druh trestné činnosti se jednalo?“** V rámci těchto výzkumných otázek mě zejména zajímal charakter trestné činnosti, které se tito jedinci dopustili, jakými omamnými a psychotropními látkami byli v době spáchání trestné činnosti ovlivněni a zejména, co sami uvedli ke své drogové kariéře a jejím příčinám.

Odborná literatura mi poskytla podklad zejména k tomu na jaké informace (pokud byly k dispozici) se zaměřit a jejich analýza pak byla použita jako východisko pro zodpovězení výzkumných otázek.

5.1.3 Výzkumný soubor

Cílovou skupinou byly osoby odsouzené za trestnou činnost u nichž bylo zároveň zjištěno, že se této trestné činnosti dopustily pod vlivem omamných a psychotropních látek. Zároveň se jednalo osoby, u kterých bylo zjištěno, že omamné a psychotropní látky zneužívaly už mezi svým 15 až 18 rokem věku a jejich drogová kariéra má tudíž počátek v období adolescence.

Celkem se jedná o pět mužů ve věku 20, 24, 29, 23 a 26 let, odsouzených pro různou trestnou činnost násilného charakteru a to ublížení na zdraví, vraždy a znásilnění.

5.1.4. Získávání informací

Informace o jednotlivých osobách a trestné činnosti, za kterou byly odsouzeny, vycházely z konkrétních trestních spisů do nichž jsem měl možnost nahlédnout při své stáži, zejména z rozsudků, znaleckých posudků z oboru zdravotnictví odvětví psychiatrie a psychologie, jež byly k osobám pachatelů zpracovány, a také z vlastních vyjádření těchto osob k užívání drog. Informace, jež jsou podkladem pro práci, jsou uchovávány v papírové anonymizované podobě.

5.1.5. Etika výzkumu

Z etických důvodů jsem pro zachování anonymity osob, jichž s výzkumem týká, neuváděl jejich jména ani konkrétní údaje ohledně míst a jiných osob. Získané informace jsou použity výhradně pro účely výzkumu.

5.2. Případové studie

5.2.1. Případ 1. – Roman M.

Základní údaje

Romanovi je v současné době 20 let. V 18 letech spáchal zločin vraždy podle § 140 odst. 3 písm. i) tr. zákoníku. Této trestné činnosti se měl dopustit tak, že při návštěvě v bytě M.O., kde byl ještě společně s dalšími osobami, po předchozím požití většího množství alkoholických nápojů nejprve začal napadat poškozeného M.O. slovně a potom i fyzicky. Poškozeného postupně napadal různým způsobem. Opakovaně jej udeřil plechovou pánví do hlavy, násadou od smetáku ho opakovaně bil rovněž do hlavy, hrudníku, nohou a rukou.

Sprejem přes hořící zapalovač ho páčil na hlavě a v době, kdy poškozený M.O. již ležel na zemi, do něj s velkou silou opakovaně kopal a naskakoval na něj, zejména do oblasti jeho hrudníku a horních končetin. Poškozenému tak způsobil celou řadu velmi závažných zranění, mimo jiné tříštivou zlomeninu levé paže, zlomeniny žeber s trhlinami nástěnné pohrudnice, zlomeniny nosních kostí, vpáčenou zlomeninu kosti čelní, popáleniny, zhmožděny, řadu krevních výronů a další zranění. V důsledku takto vedeného útoku poškozený zemřel.

Romanu M. byl uložen nepodmíněný trest odnětí svobody v trvání 16,5 roku, pro jehož výkon byl zařazen do věznice se zvýšenou ostrahou. Rovněž mu bylo uloženo ochranné protitoxikomanické a protialkoholní léčení v ústavní formě.

Tohoto jednání se Roman M. dopustil pod vlivem alkoholických nápojů. Ovšem nutno zdůraznit, že již v této době měl za sebou řadu problémů pramenících z užívání omamných a psychotropních látek, včetně požívání alkoholu.

Rodinná anamnéza

Roman sám ke své osobě a předchozímu životu uvedl, že pokud jde o jeho rodinu, otec žije, avšak nikdy ho neviděl. Pouze na něj posílal alimony. Svě dětství označil doslova, že bylo „na hovno“. Vyrůstal ještě s mladším bratrem a nevlastního otce označil jako těžkého alkoholika, který mlátil všechny, děti i matku. Znovu by dětství prožít nechtěl. U matky uvedl, že měla problémy s alkoholem, ale na léčení nebyla. S alkoholem se měl léčit děda a strýc měl být závislý na pervitinu. Uvádí, že dostal podmínku za vydírání a vyhrožování. Matka mu nedala peníze. Jednalo se o jeho alimony, tak se pohádali a vyhrožoval matce, že na ni někoho pošle.

Má tříměsíční dceru, materiálně ji nijak zajištěnou nemá, bude se o ni muset postarat jeho matka. K tomu je třeba, že jeho matka sama v té době čekala narození dalšího dítěte.

Umístěn byl v několika výchovných ústavech. Jako důvod umístění uváděl, že nechodil do školy, utíkal z domova a podobně. V 15 letech byl v psychiatrické léčebně na detoxu. Po propuštění z léčebny docházel do psychosociálního centra, kde dostával prášky. Užíval různá antidepresiva, ještě v 18 tam sem tam zašel, ale potom už na to „kašlal“.

Po propuštění z výchovného ústavu už nedělal nic, živila ho matka, docházel na „pracák“. Občas dělal nějakou brigádu na černo. Byl stíhán i vazebně. Po návratu z vazby (vyhrožování matce) už nebydlel u matky, ale odstěhoval se k babičce. V té době se již pohyboval v komunitě osob žijících fakticky jako bezdomovci konzumujících v nadměrné míře alkoholické nápoje. Poslední měsíc bydlel v bytě poškozeného se skupinou osob, která jak uváděl, na tom byla s konzumací alkoholu stejně. Alkohol většinou platila jedna ze spolubydlících, když jí přišly sociální dávky, jinak se různě skládali. Ze začátku bylo soužití v bytě „v pohodě“, ale pak tam byly hádky, spolubydlící byla furt opilá, do každého rýpala. Jako své zájmy Roman uvedl, že na základní škole hrával fotbal a sportovně plaval.

Školní anamnéza

Do školy začal chodit v 6 letech. Nepropadl. V šesté a sedmé třídě měl sníženou známku z chování. Dělal ve škole „bordel“ a měl neomluvené hodiny. Povinnou školní docházku ukončil v osmé třídě. Na základní škole se učil dobře, nepropadl. Potom šel na učňák. Přestal tam docházet. Jako důvod uvádí „zkrat“, učení ho přestalo bavit. Ve výchovném ústavu byl v učení, ale po propuštění z výchovného ústavu již nedělal nic. Má pouze základní vzdělání.

Ze zpráv k jeho osobě je zřejmé, že se u něj projevovaly poruchy chování v souvislosti s užíváním psychoaktivních látek. Nerespektoval autority, dopouštěl se záškoláctví měl špatný školní prospěch.

Rozvoj drogové kariéry

Ke své drogové kariéře Roman uváděl, že cigarety kouří denně od svých 16 let, tak deset za den.

S alkoholem přišel do kontaktu už ve 14 letech, to se napil rumu a měl otravu alkoholem. Z toho se dostal sám. Pak do toho „spadl“. Pil hodně, někdy každý den, když měl peníze. Nejdříve pil pivo, pak vodku, rum. Ve dvou vypili za den láhev – půl litru destilátu, ale pak se to rozjízďelo. Klidně vypil za den i 2 litry vína, pil piva, vodku. Vydržel víc a víc. Když se nedostal k alkoholu, tak se potil, trásl se mu ruce, měl chuť na jídlo. Nic ho nezajímalo, pouze to, jak se dostat co nejdříve k alkoholu. Jakmile se jednou napil, tak už musel pít dál, až do stavu, kdy byl opilý. Pil denně a opil se tak pětkrát týdně.

Pervitin vyzkoušel poprvé ve 12 letech. Pravidelně ho bral od 14 let, to byly víkendy. V 16 letech ho už bral co třetí den. Pociťoval příjemné pocity a to hned po první aplikaci, neměl hlad, byl aktivní, dobře mu to myslelo, bylo to fajn. Konzumoval ho stále častěji a navyšoval dávky. Měl občas i „stíhy“ a pocit, že ho někdo pronásleduje. Pervitin šňupal, několikrát si i „šlehl“ do žíly, účinek byl silnější.

Marihuanu užíval od stejného věku jako pervitin, ale spíše výjimečně na diskotéce. Často kombinoval alkohol s pervitinem, dělalo mu to dobře. Hned se tak neopil.

Ze spisového materiálu ovšem plyne, že již při detoxifikačním pobytu v 16 letech užíval pervitin, marihuanu kouřil denně, zkoušel LSD, čichat toluen. Marihuanu kouřil jak sám, tak i v partě.

Předchozí intervence

Od 15 let byl Roman v péči psychosociálního centra. Nejprve přišel s matkou kvůli problémům s marihuanou, hašišem, záškoláctvím, nerespektováním autorit. Má už za sebou pobyty ve dvou výchovných ústavech. Zhruba po půl roce, co byl v péči centra se objevuje podezření, že užívá i pervitin. Byly mu poskytovány konzultace se školním psychologem i kurátorem. Posléze už do psychosociálního centra dochází v doprovodu etopeda.

V 18 letech, po určité proluce, přichází do psychosociálního centra na doporučení probační a mediační služby. Nabízenou psychoterapii odmítá. Medikaci kombinuje s omamnými a psychotropními látkami a odmítá se podrobovat testování. Při vyšetřeních byl napjatý, odsekával, měl laxní přístup, uváděl, že není schopen přestat. Byl emočně odtažitý, užívání omamných a psychotropních látek bagatelizoval. Požadovanou léčbu pro zvládnutí agrese ani nezačal. Na kontroly se nedostavoval, předepsaný režim nedodržel.

V 16 letech byl hospitalizován v psychiatrické nemocnici, a to v souvislosti se závislostí na kanabinoidech a tabáku. Byl u něj zjištěn abusus pervitinu, užívání toluenu, halucinogenů a kanabinoidů. Lékařům při této hospitalizaci uváděl, že pervitin zkoušel od 12 let, zkoušel i makovice, toluen, houby, LSD, marihuanu.

Až do svých 18 let byl umístěn postupně v různých výchovných ústavech, ze spisového materiálu lze vysledovat umístění celkem ve třech.

Kriminální zkušenost

V době, kdy se dopustil zločinu vraždy měl Roman za sebou odsouzení pro přečin porušování domovní svobody podle § 178 odst. 1) tr. zákoníku, kdy mu byl uložen podmíněný trest odnětí svobody a další podmíněný trest odnětí svobody mu byl uložen za zločin vydírání podle § 175 odst. 1, 2 písm. c) tr. zákoníku a přečin nebezpečné vyhrožování podle § 353 odst. 1) tr. zákoníku. Nicméně ani hrozba přeměny původně podmíněně odloženého trestu odnětí svobody na nepodmíněný, včetně vazebně vedeného trestního stíhání, neměla zjevně vliv na to, aby změnil svůj dosavadní životní styl.

Opakovaně byl řešen pro přestupky spočívající ve fyzickém napadení a slovních urážkách. Prověřován byl pro krádeže a nebezpečné vyhrožování.

Osobnostní faktory

Sám sebe Roman charakterizoval následovně: „já si myslím, že jsem v klidu, ale ty nálady mám takový, že se se mnou někdy nedá ani bavit“.

Vyšetřením Romanova duševního stavu bylo zjištěno, že netrpí žádnou duševní chorobou či poruchou ve vlastním slova smyslu a netrpěl jí ani v době spáchání trestného činu. Byla u něj konstatována smíšená porucha osobnosti s převahou disociálních rysů a polymorfní alkoholová a drogová závislost. Jeho aktuální intelektový potenciál byl podprůměrný a již se na něm projevovala mírná deteriorace kognitivních funkcí na základě závislosti na alkoholu a psychoaktivních látkách.

Jeho osobnost znalci charakterizovali jako impulsivní se sklony k agresivitě. Tyto sklony k agresivitě pak jsou potencovány požitím alkoholu nebo jiné návykové látky.

Postoj k drogám

Roman v rámci v průběhu psychiatrického a psychologického vyšetření připustil (oproti dřívější bagatelizaci užívání drog, alkoholu a odmítání léčby), že se za závislého považuje, o léčení uvažuje. Už v minulosti o léčbě přemýšlel, ale nikdy k ní nedostal odvalu.

Možnosti resocializace

Romanovy možnosti resocializace byly znalci rovněž označeny jako nízké. Jedním z důvodů bylo, že se jedná o osobnost s relativně stálými deficity přizpůsobivosti s převahou disociálních kvalit. Sociálního učení je schopen jen selektivně a resocializační efekty u něj budou jen dílčí a méně trvalé. Nutno podotknout, že v době vyšetření znalci bylo Romanovi teprve 19 let.

5.2.2. Případ 2. – Vít B.

Základní údaje

Případ se týká 24-letého muže, který měl v době spáchání trestné činnosti osmnáct let. Byl odsouzen pro zločin vraždy podle § 140 odst. 2) tr. zákoníku, kterého se měl dopustit tím, že v průběhu večera a v nočních hodinách, po předchozím požití alkoholických nápojů a léku Xanax se opakovaně, vzájemně, slovně a fyzicky napadal s poškozeným M. a po poslední takové potyčce, kdy poškozený zůstal sedět na lavičce, se na místo vrátil. Poté, co se ujistil, že v blízkosti se nenachází žádní lidé, se rozběhl, a poškozeného, který v té době, v důsledku své značné opilosti spal v sedě a předklonu na lavičce, silnou intenzitou kopl do hlavy. V důsledku takto razantního kopnutí do hlavy došlo k extrémnímu záklonu hlavy poškozeného směrem dozadu a tento utrpěl otevřenou dislokovanou zlomeninu krční páteře s úplným přerušením krční míchy. V důsledku takto utrpěného zranění poškozený na místě zemřel.

Vítovi M. byl za zločin vraždy uložen nepodmíněný trest odnětí svobody v trvání 13 roků, pro jehož výkon byl zařazen do věznice se zvýšenou ostrahou.

V době, kdy trestnou činnost spáchal, se Vít nacházel pod vlivem alkoholu, kdy znalci z oboru zdravotnictví odvětví toxikologie uvedli, že zpětným propočtem zjistili, že mohl mít v

krvi 1,07 až 1,55 g/kg ethanolu. Rovněž tak bylo zjištěno, že byl pod vlivem benzodiazepinů a kanabinoidů.

K průběhu večera a noci, kdy se dopustil trestné činnosti, Vít uvedl, že až ve vězení se probral z nějakého transu, až tam mu řekli, že někomu ublížil, že někoho zabil. To nebyl on, to reagoval alkohol s práškama. Přijel za ním totiž kamarád. Ten kamarád se rozešel s partnerkou a chtěl nějaké léky na uklidnění. Tak si koupil láhev rumu, kamarád si vzal prášek na uklidnění. On to chtěl ze zvědavosti zkusit taky. Byl to Xanax. Postupně si vzal tři tablety. Popíjeli a přidala se i kamarádka. Když byl večer, šli do večerky pro další litrovku rumu a pak už si toho moc nepamatuje. Šli i do hospody, kde měl první potyčku s poškozeným. Na další průběh večera si pamatuje jen matně. Xanax si vzal proto, že chtěl vyzkoušet, co to s ním udělá, když ho zkombinuje s alkoholem. Byl si vědom toho, že nemůže kombinovat Xanax s alkoholem. Připustil, že případné riziko podcenil. Paměť se mu začala vracet až v cele předběžného zadržení. Samotné napadení si nepamatuje vůbec. Kdyby nekombinoval alkohol s lékem, tak by rozhodně něco takového neudělal.

Rodinná anamnéza

Vít je jedináček. Do sedmnácti let bydlel u rodičů. Ti se rozvedli, jak uvedl pro neshody. On potom odešel bydlet s matkou k dědovi. Svě dětství popsal jako „dobré“. S oběma rodiči má dobrý vztah, ale blíže má k matce. Rodiče vůči sobě neužívali žádné násilí a pokud jde o něj „dostával přes hubu“, což bylo podle něj v pořádku. Šlo o facky rukou. Otec pracuje a matka také.

V rodině se nevyskytly žádné problémy s užíváním návykových látek nebo alkoholu. Má základní vzdělání, nevyučil se. Je bez pracovního poměru. Od 18 roků je evidován na úřadu práce. Chvilí pracoval na pile - „řezal fošny“. Od té doby byl doma. Odkázán je na finanční podporu dědy, matky a jejího přítele. Sám nemá žádné děti.

V rodině se tedy nevyskytovaly problémy v souvislosti s alkoholem či omamnými a psychotropními látkami. Rodiče Víta se sice rozvedli, a rodina byla neúplná, ale až v době, kdy již měl Vít problémy s alkoholem a trestnou činností.

Už na základní škole se u Víta objevily výchovné problémy (snížené známky z chování), učení nedokončil pro neomluvené hodiny, přestože jeho intelektový potenciál se pohybuje v pásmu kvalitního průměru. Matka se snažila spolupracovat s OSPOD, ale neměla v té době již na chování Víta výraznější vliv. Pokud jde o finanční prostředky, tyto získával Vít od rodinných příslušníků. Pokud jde o trávení volného času, Vít nikde nepracoval, tento volný čas trávil „poflakováním“ se s kamarády a popíjením, případně návštěvou restauračního zařízení.

Ze zprávy OSPOD plyne, že byl v jejich evidenci od 17 let v souvislosti s pácháním přestupků a trestné činnosti.

Školní anamnéza

Do školy začal chodit v 6 letech. Učil se průměrně, nikdy nepropadl. V sedmé třídě byl asi na dvou sezeních u psychologa – uváděl, že kvůli tomu, že jej šikanoval spolužák. Poté už nikam nechodil. Sníženou známku z chování měl opakovaně, jednou dostal z chování i trojku. Neplnil školní povinnosti, vyrušoval.

Po základní škole nastoupil do učebního oboru. Uvádí, že učební obor, kde byl asi dva roky, neukončil pro neshody s učitelem, ovšem připouští i neomluvené absence. V 17 ukončil studium, nahlásil se na úřad práce a potom „byl doma“.

Rozvoj drogové kariéry

Sám Vít nejprve uváděl, že neužívá žádné omamné a psychotropní látky, nicméně závěry toxikologického vyšetření prokazují, že kromě alkoholu byl ovlivněn ještě benzodiazepiny a marihuanou. Poté připustil, že marihuanu si dá „příležitostně“, rostliny si pěstuje sám.

Cigarety začal kouřit poprvé v devíti až deseti letech. Posléze kouřil asi 15 až 18 cigaret za den. Alkohol zkusil poprvé v šesté třídě.

V 15-ti začal chodit na „akce“ a do hospody. Opil se asi třikrát za měsíc. Pije podle peněz. Hlavně pivo, a to prokládal rumem. Postupně se četnost konzumace alkoholu radikálně zvýšila. Opije se většinou o víkend. Průměrně bývá opilý jednou týdně, někdy častěji.

Marihuanu poprvé vyzkoušel ještě na základní škole, pravidelněji ji začal kouřit až v 16 letech.

Intervence

U Víta byl zaznamenán pouze kontakt s OSPOD, který souvisel s jeho trestnou činností a spácháním přestupku.

Ze sdělení oddělení sociálně právní ochrany dětí a prevence je zřejmé, že byl veden v jejich evidenci, neboť byl opakovaně jako mladistvý oznamován pro různorodou trestnou činnost. Jednání s ním proběhlo pouze jednou, pak se jednání vyhýbal, stejně jako soudním jednáním. Nenavštěvoval už v té době už žádnou vzdělávací instituci a měl i problém s evidencí na úřadu práce. Byť spolupráce s matkou byla dobrá, bylo konstatováno, že její vliv na chování syna je mizivý. Spolupráce s rodinou byla ukončena dosažením zletilosti Víta.

Kriminální zkušenost

Vít byl nejen projednáván pro přestupek, ale byl odsouzen jako mladistvý pro přečin poškození cizí věci a byl mu uložen trest odnětí svobody v trvání 8 měsíců, jehož výkon byl podmíněně odložen na zkušební dobu dvou roků. Zločinu vraždy se dopustil v této zkušební lhůtě podmíněného odsouzení.

Jeho další trestní stíhání, jehož se dopustil rovněž jako mladistvý a kdy byl stíhán pro provinění porušování domovní svobody a provinění přechovávání omamné a psychotropní látky bylo zastaveno. Soud shledal, že o ohledem na to, že je stíhán pro zločin vraždy, trest, k němuž může trestní stíhání vést je zcela bez významu vedle trestu, který ho podle očekávání postihne.

Osobnostní faktory

Vít sám sebe popisoval jako nekonfliktního. Uvedl, že se nikdy nerval, když dostal ránu, tak to polkl, chtěl být nad věcí. Svou osobnost charakterizoval jako sangvinika.

V rámci vyšetření jeho duševního stavu bylo zjištěno, že netrpí žádnou duševní chorobou. Má sklon k zneužívání alkoholu a dalších návykových látek, a to konkrétně kanabinoidů.

V době spáchání trestné činnosti se pouze se nacházel ve stavu kombinované opilosti. Alkohol v kombinaci s alprazolamem (lék Xanax) měl negativní dopad na jeho schopnosti rozpoznat nebezpečnost svého jednání, a toto jednání ovládat. Ovšem na druhou stranu se jednalo o stav, do kterého se přivedl sám, a znal účinky alkoholu na svůj organismus z dřívější doby.

Vít má intelektový potenciál je v pásmu kvalitního průměru. Jeho osobnost je méně zralá s disociálními a anetickými rysy.

Podle znalců z oboru zdravotnictví odvětví psychiatrie a psychologie právě tato struktura osobnosti spolu s požitím alkoholu, kombinovaného s alprazolamem, pak vyústila v opilecký konflikt s poškozeným a agresivní jednání. Vítovo chování a emoční projevy lze obtížně předvídat. Jeho vztah s poškozeným byl zcela náhodný, znali se od vidění, nebyla mezi nimi jakákoli emoční vazba, vzájemné antipatie nebo nějaký konflikt.

Postoj k drogám

Vít uváděl, že když je opilý, tak bývá většinou veselý, pije s kamarády. Občas mívá v opilosti okénka, když to s pitím hodně přežene. Za alkoholika se však nepovažuje a o nějakém léčení neuvažuje.

Možnosti resocializace

Podle názoru znalců je možnost Vítovy resocializace snižována fixovanými znaky nepřizpůsobivosti, disociálními akcenty, abusem alkoholu a jiných návykových látek a určitou rezistencí vůči korektivním vlivům.

Ovšem vzhledem k jeho nízkému věku a absenci jiné hlubší psychopatologie je, při dobré motivaci, jeho částečná resocializace ještě možná.

5.2.3. Případ 3. – Petr M.

Základní údaje

Petrovi je v současné době 29 let. V 24 letech spáchal zločin vraždy podle § 140 odst. 1, odst. 3 písm. i) tr. zákoníku, tedy vraždy spáchané zvlášť surovým a trýznivým způsobem.

Podstata jeho jednání vůči poškozenému spočívala zejména v tom, že poškozeného nejprve napadl opakovanými údery pěstí do obličeje, boku a hlavy, dále jej kopal do hlavy a do celého těla. Poté vzal nůž, kterým opakovaně řezal a bodal poškozeného do krku a stehna. Následně, za pomoci další osoby, poškozeného vyvlekl ven ze zahradní chaty, kde se počátek konfliktu odehrál. Tam ho znovu fyzicky napadl opakovaným kopáním a dupáním do obličeje a celého těla. V důsledku jeho jednání poškozený utrpěl řadu velmi závažných zranění, zlomeniny žeber, bodnořezná poranění tváře, krku, stehna a další. Zraněného poškozeného ponechal ležet venku mimo chatu. Zdůraznit je třeba, že toto se odehrálo v prosinci, tedy v jednom z nejchladnějších měsíců v roce. Zjištěno pitvou bylo také, že poškozený nezemřel hned, ale dlouhou dobu se dusil. Bezprostřední příčinou smrti poškozeného bylo vykrvácení.

Před tím, než poškozeného napadl, požíval Petr M. postupně celý den alkoholické nápoje. Zpětným propočtem znalci stanovili, že v době napadení poškozeného mohl mít v krvi 2,33 – 3,35 ‰ ethanolu.

Petrovi M. byl za toto jednání uložen nepodmíněný trest odnětí svobody v trvání 18 let nepodmíněně a pro výkon tohoto trestu byl zařazen do věznice se zvýšenou ostrahou. Rovněž mu byla podle § 100 odst. 2, písm. a) tr. zákoníku uložena zabezpečovací detence.

Rodinná anamnéza

Petr pochází z dysfunkční rodiny. Rodiče spolu nežili, otec, poté co uzavřel nové manželství, s ním neměl kontakty. Otec i matka požívali alkoholické nápoje. Matka měla být i na protialkoholním léčení, které bylo neúspěšné. Petr se narodil se známkami nezralosti. Hned po narození u něj bylo vysloveno podezření na fetální alkoholový syndrom (matka po dobu těhotenství konzumovala alkoholické nápoje). Umístěn byl v kojeneckém ústavu. Po dvou měsících, jakmile byl jeho zdravotní stav stabilizován, byl propuštěn. Avšak i nadále byl veden jako rizikové dítě v podnětově chudém prostředí. V rodině byla zjištěna nedostatečná hygiena a výživa dětí. Má tři sourozence, ale jednoho z nich vůbec nezmiňuje. Bratr byl polorodý sourozenec a vyrůstal u svého otce. Sestra byla umístěna v pěstounské péči. Matka se pohybovala po pohostinstvích v podnapilém stavu spolu s druhem, který byl po požití alkoholických nápojů agresivní. Nad rodinou byl nejprve stanoven dohled a posléze byl Petr umístěn v dětském domově pro závažné narušení vztahů v rodině a naprosto nevhodné prostředí pro výchovu. Rovněž tak nevlastní bratr měl problémy s požíváním alkoholických nápojů. V různých dětských domovech a diagnostických ústavech pobýval Petr až do své zletilosti.

Pobyt v dětských domovech hodnotil dobře, líbilo se mu tam, měl i oblíbené vychovatele. Po dovršení zletilosti bydlel u matky a také nějakou dobu bydlel v Domě na půl cesty. Pro porušení pravidel (požívání omamných a psychotropních látek a alkoholu) byl vyloučen. Následně pobýval různě jako bezdomovec nebo na azylovém domě, s výjimkou opakovaného pobytu v různých psychiatrických léčebnách. Pobyty v léčebnách souvisely s jeho užíváním omamných a psychotropních látek, alkoholu a sebepoškozováním, zejména po hádkách s matkou. Po úmrtí matky žádné další rodinné zázemí nemá. Nikde nepracoval, případně měl příležitostně brigádu. Na brigádu chodil jenom, jak se vyjádřil „když se nudil“. Pokud mu byl vystaven doklad o pracovní neschopnosti (hospitalizace v PL) divil se na co má.

Školní anamnéza

Do základní školy nastoupil v 7 letech po odkladu školní docházky. Chodil do zvláštní školy, kterou v prostředí dětského domova zvládl. Poté nastoupil do učebního oboru malíř-natěrač a po roce byl přeřazen do učebního oboru zedník. Tímto se i vyučil. Na internátu neměl

původně výraznější problémy, byl přístupný domluvě, snažil se korigovat své chování. Postupně se u něj rozvíjely výchovné problémy jako pozdní příchody, utrácení peněz, jejich půjčování si. Rovněž se u něj začaly projevovat problémy s čicháním toluenu a opil se.

Rozvoj drogové kariéry

První kontakt s drogou udává v deváté třídě – sniffing. Čichal toluen. V prvním ročníku učebního oboru byl již hospitalizován v psychiatrické léčebně pro problémy s alkoholem a čicháním toluenu. Uváděl, že je pak v dobré náladě. Do kontaktu s toluenem přišel tak, že mu ho ukázali kamarádi. Zkusil to a bylo to příjemné. Potom se k tomu vracel sám, tajně, jako únik od problémů, když mu třeba vadilo, že matka pije. Rovněž experimentoval s marihuanou. Jiné drogy nezkoušel. Má kamaráda, co z toho „zblbnul“, nechce fetovat.

V té době měl už problémy s alkoholem, na internátě se opil tak, že mu naměřili přes 3 promile alkoholu. Kouřil denně dvě až tři cigarety. Postupně zvyšoval konzumaci alkoholu. Pil 2x týdně až 4 litry. Sedl si na schody a pil sám. Kombinoval toluen, alkohol a marihuanu. O další tři roky později už užíval i pervitin, kokain a benzodiazepiny.

Předchozí intervence

Nad rodinou byl stanoven dohled. Vzhledem nedostatečné péči o něj byl Petr umístěn do dětského domova.

V r. 2003 když mu bylo 13 let byl Petr pro poruchy chování umístěn do diagnostického ústavu. Po tomto následoval opět pobyt v dětském domově. Celkem pobýval ve třech dětských domovech.

2013 – hospitalizace v PL pro sniffing toluenu a problémy s alkoholem. Uvádí, že se bojí, aby z fetování nezblbnul, proto se po domluvě s vychovatelem dohodnul na léčbě. Má zájem o změnu učebního oboru, aby nepřicházel do kontaktu s rozpouštědly.

2010 – hospitalizace v PL. Pití vysokých dávek alkoholu, abusus marihuany, toluenu. V opilosti agresivní, po hádce s matkou se v opilosti pořezal. Pobyt na protialkoholní

záchytné stanici. Nasazena farmakologická léčba. Z procházky se nevrátil a byl administrativně propuštěn.

2010 – hospitalizace v PL. Přivezen záchrankou 3 dny po předchozím útěku z léčebny. Opět se pohádal s matkou, vypil pivo a víno a pořezal se na ruce. Žádá o propuštění z léčebny s tím, že bratr mu našel práci s ubytováním. K abusu drog je zcela nekritický.

2010 – hospitalizace v PL již dva dny po předchozím propuštění. Opět se pohádal s matkou, nakoupil si víno a pivo a vypil to. Po návratu domů rozbil okno a střepem se pořezal. Matka zavolala policii. Po 10 dnech hospitalizace trvá na propuštění.

2010 – hospitalizace v PL. Ještě týž den, co byl propuštěn z předchozí hospitalizace je znovu hospitalizován, opět po sebepoškození. Pořezal se na předloktí. Reaguje tak na hádky s matkou. Provedeno bylo i jeho vyšetření, aby bylo vyloučeno, zda netrpí psychotickou poruchou. Tato však u něj byla vyloučena. Zjištěna ovšem byla porucha osobnosti. Propuštěn z léčby byl opět na vlastní žádost.

2013 – hospitalizace v PL. Přivezen policií. Tuto volal pro sebevražedné tendence. Při přijetí do léčebny byl pod vlivem alkoholických nápojů. Udává užívání kokainu, pervitinu, marihuany a benzodiazepinů. Konzumuje i alkohol. Psychiatrickou ambulanci navštěvuje nepravidelně. Opět po 15 dnech hospitalizace žádá o propuštění i proti radě lékaře.

Leden 2014 – psychiatricky vyšetřen, nasazena farmakologická léčba.

Duben 2014 – hospitalizace v PL. Přivezen RZP. Tuto přivolal psycholog, kterému se svěřil s potížemi. Přijat na uzavřené oddělení, dožaduje se převedení na otevřené. Pobyť v léčebně nezvládá. Dožaduje se propuštění. Jeho impulsivní chování přetrvává i při velkých dávkách medikace.

V průběhu r. 2014 Petr dochází do psychiatrické ambulance.

V průběhu února až května 2015 je Petr opět hospitalizován v PL. Tam byl přivezen policií poté, co se dopustil majetkového deliktu. S psychiatrickou ambulancí poslední 2 měsíce

nespolupracoval. Při výslechu vyhrožoval policistce ublížením sám sobě. Uváděl, že měl v úmyslu podpálit bezdomovce.

V září 2015 bylo Petrovi soudem uloženo ochranné psychiatrické léčení v ambulantní formě. Na toto léčení nenastoupil.

Kriminální zkušenost

Petr byl opakovaně projednáván pro přestupky. Tyto přestupky byly řešeny pokutou. Odsouzen pro trestnou činnost byl jednou, a to pro přečin krádeže a přečin neoprávněného opatření, padělání a pozměnění platebního prostředku. Byl mu uložen trest odnětí svobody, který byl podmíněně odložen na zkušební dobu. Zároveň mu bylo uloženo ochranné psychiatrické léčení v ambulantní formě.

Osobnostní faktory

U Petra byla zjištěna smíšená porucha osobnosti s rysy disociálními a impulsivními. Jeho intelektové schopnosti jsou nerovnoměrně rozloženy a spadají do pásma lehkého defektu. Došlo však u něj k významnému kognitivnímu deficitu. Jeho osobnost je patologicky strukturovaná a je degradovaná užíváním různých psychoaktivních látek. Jde u něj o organické poškození z důvodu prenatálních rizik (alkoholismus matky) a stále více je jeho osobnost degradována toxickým působením návykových látek. K poklesu mentální kapacity u něj podle znalců došlo zejména v důsledku destruktivního životního stylu. Od nástupu dospívání je u Petra dokumentován disharmonický vývoj osobnosti s agresivními a zejména autoagresivními projevy.

Mezi Petrem M. a poškozeným nebyl žádný osobní vztah. Šlo o situaci, kdy se Petr pohyboval mezi skupinou bezdomovců, přičemž tuto skupinu spojovalo pouze požívání alkoholických nápojů a obdobný životní styl.

Postoj k drogám

Petr nejprve začal svou drogovou kariéru sniffingem a požíváním alkoholu, kdy při své první hospitalizaci v PL měl ještě obavu, aby z fetování nezblbnul a proklamoval snahu se léčit.

Postupně jakoukoli léčbu odmítal, opakovaně požadoval propuštění z léčebny, a to i přes doporučení lékařů. Měl za to, že s drogami a alkoholem problémy nemá. Z léčebny dokonce i utekl. Na tomto postoji setrval opakovaně, byť k jeho dalším hospitalizacím docházelo i v rozpětí několika dnů po propuštění, nebo dokonce byl znovu hospitalizován týž den, kdy byl z léčebny propuštěn. Uložené ochranné psychiatrické léčení ani nenastoupil s tím, že se mu nechtělo. Podle něj chodil k doktorovi normálně, tak co tam.

Možnosti resocializace

Dlouhodobé ambulantní léčení, ani opakované hospitalizace ve zdravotnických zařízeních nevedly u Petra k očekávanému terapeutickému efektu. Znalci uvedli, že medicínskými prostředky již není možné jeho stav ovlivnit.

Zabezpečovací detence byla Petrovi uložena mimo jiné i proto, že předchozí ambulantní léčení a opakované hospitalizace u něj nevedly k žádnému efektu. Petrův pobyt na svobodě je nebezpečný i proto, že je dlouhodobým uživatelem řady návykových látek, nedodrží abstinenci, jeho schopnost regulovat užívání návykových látek je snížena. Jeho tendence agresivně se chovat má stupňující se charakter. V důsledku užívání návykových látek je narušena i jeho osobnost.

Možnosti jeho resocializace byly vyhodnoceny, díky jeho osobnostní struktuře a degradaci osobnosti jako minimální. Nezbytná by pro něj byla trvalá abstinence od psychoaktivních látek, ale toho není schopen.

5.2.4. Případ 4. – Petr K.

Základní údaje

Petru K. je 23 let. V době spáchání trestné činnosti mu bylo 19 let. Odsouzen byl za zločin těžkého ublížení na zdraví podle § 145 odst. 1,2 písm. g) tr. zákoníku a přečin výtržnictví podle § 358 odst. 1,2 písm. a) tr. zákoníku.

Jednání, pro které byl odsouzen se dopustil tak, že v časných ranních hodinách, po předchozím požití alkoholu a aplikaci dalších návykových látek, fyzicky napadl poškozeného, kterého úderem pěstí srazil na zem, kde jej bil opakovanými údery pěstí do obličeje. Následně svého jednání sice zanechal, ale posléze, když se opětovně dostal do kontaktu s poškozeným, znovu ho srazil úderem pěstí na zem, opakovaně jej kopal velmi razantně do oblasti hlavy a těla a poté nechal zraněného poškozeného ležet na zemi a odešel. V důsledku napadení poškozený utrpěl řadu podkožních krevních výronů v oblasti obličeje a hlavy, krevní výron pod tvrdou plenu mozkovou a sériovou zlomeninu 3.-7. žebra. Petr K. se takového jednání dopustil opakovaně, poté, co se dříve dopustil pokusu těžkého ublížení na zdraví a přečinu výtržnictví. Předchozího trestného jednání se dopustil ještě jako mladistvý.

V době, kdy se trestné činnosti dopustil se Petr jednak nacházel pod vlivem alkoholických nápojů a jednak pod vlivem metamfetaminu (pervitinu) a kanabinoidů. Bylo zjištěno, že měl v krvi 1,99 až 2,20 g/kg etanolu. Koncentrace metamfetaminu v jeho krvi byla 29 ng/ml, amfetaminu 9 ng/ml, THC 3 ng/ml a kyseliny delta-9- tetrahydrocannabinolkarboxilové 138 ng/ml.

Jen několik měsíců před tímto jednáním Petr K. fyzicky napadl jinou osobu. K tomto předchozímu napadení uvedl, že byl pod vlivem alkoholu, šel s kamarádem a u pošty seděli dva kluci. Měl chuť se porvat, tak řekl, že někoho zbijí. Kluky napadli a za tím jedním klukem pak ještě utíkal a hodil po něm dlažební kostkou.

Rodinná anamnéza

Petr K. pochází z neúplné rodiny. Nikdo z rodiny neměl problémy s užíváním alkoholu nebo drog, jen otec snad požíval více alkohol. Jak rodiče, tak i prarodiče byli pracovně zařazení. Rodiče se rozvedli a matka se odstěhovala i se sestrou. Petr byl svěřen do výchovy otci a sestra matce. Matka se pak se synem nestýkala a neprojevila o něj žádný zájem. Otec byl hodně pracovně zaneprázdněný, pracoval i o víkendech a tak Petra fakticky vychovávali dědeček s babičkou. V jeho chování se začínaly projevovat problémy. Byl v péči

pedopsychiatra pro hyperkinetickou poruchu. Nejprve měl potíže s motorikou a pozorností, posléze se začaly přidávat i poruchy chování.

Lhal prarodičům, kradl doma peníze, kouřil a nevhodně se choval i ve škole. Intervence kurátora byla neúspěšná a následoval pobyt ve výchovném ústavu, když u něj byla nařízena ústavní výchova. I zde byly s Petrem výchovné problémy. Dopustil se krádeží a před dovršením zletilosti byl téměř stále na útěku z výchovného ústavu. Uvedl, že se vyučil v oboru kuchař - číšník, ale nenašel si práci, pouze brigády. Z evidence úřadu práce byl vyřazen, protože tam nechodil. Nejprve bydlel u babičky, ta jej však vyhodila kvůli drogám. Pak byl týden na ubytovně. Tři měsíce bydlel u kamaráda, ale ten nebral drogy, jenom pil. Nakonec bydlel u tety, než ho zavřeli.

Školní anamnéza

V páté třídě už u Petra intervenuje kurátor. Ve škole se choval agresivně, a to jak ke spolužákům, tak k učitelům. Byl mu udělen druhý stupeň z chování. Poškozoval i školní majetek. Přitom, pokud šlo o prospěch patřil k nejlepším žákům a neměl žádné absence v docházce do školy.

O dva roky později už se jeho školní příprava podstatně zhoršila, bylo u něj podezření na užívání marihuany, které se po testování potvrdilo. Byl mu udělen třetí stupeň z chování za časté porušování školního řádu. Spolužáci z něj měli strach, jeho chování bylo nevyzpytatelné. Napomenutí ignoroval, na poznámky nereagoval. Byl vulgární i vůči pedagogům.

Ze zpráv školy plyne postupné zhoršování prospěchu doslova „rok od roku“. Byl nesoustředěný, zbrklý, špatnou práci odmítal opravit. Na domluvu reagoval vulgárními výrazy. Objevuje se zameškaná školní docházka. V hodinách chodil po třídě, házel po spolužácích papírové kuličky, dělal jim schválnosti. Musel být pod stálým dohledem a pokud nebylo po jeho, byl velmi drzý a vulgární.

Po základní škole nastoupil do učení na zedníka, ale tam vydržel týden. Jak uvedl vyhodili ho, že začal brát drogy. Ve výchovném ústavu se vyučil v oboru kuchař číšník.

Rozvoj drogové kariéry

Petr ke své drogové a alkoholové kariéře uvedl, že vyzkoušel trávu, pervitin a alkohol. Žádné jiné drogy ne. S marihuanou začal v 12 letech. Kouřil třeba tři dny, pak měl tři dny přestávku, problémy mu to nedělalo. Trávu kouří doposud.

S alkoholem začal v patnácti letech. Moc nepil, jen na diskotékách. Pil vodku, pivo. Zvládl i 20 piv, pokud byl na perníku. Když nebral pervitin, tak pil jen pivo a panáky. Pervitin bral nejvíc v období od 17 do 19 let.

Dávky od začátku zvyšoval, za drogy utratil tak 10 000,- Kč za měsíc. Peníze mu dával otec, nevěděl, že si za to kupuje drogy. Abstinovat nikdy nezkoušel, bez drogy, pokud by ji měl k dispozici by nevydržel. Když bral drogy změnil se k horšímu, byl agresivní, mlátil se. I v den, kdy napadl poškozeného kouřil marihuanu, konzumoval alkohol a také si aplikoval pervitin. Ten užívá tak 6 let. Trestné činnosti, které se dopustil v minulosti a pro kterou je ve výkonu trestu se dopustil pod vlivem alkoholu. Má zkušenost, že když pije nedopadá to dobře. V poslední době moc nepil, ale bral hodně pervitinu. Nevěděl, že to zajde tak daleko.

Předchozí intervence

Nejprve byl Petr v péči pedopsychiatra, který se medikamentózně snažil zvládnout hyperkinetickou poruchu, jež u něho byla diagnostikována.

V souvislosti s výchovnými problémy, které s Petrem signalizovali jeho prarodiče a také škola působil v rodině i kurátor (OSPOD). V té době již Petr užíval drogy. Nebyl ochoten se nechat testovat. Připustil i užití pervitinu a opakovaně byl pozitivní při testování na THC. Pokud s ním byla projednávána nějaká spolupráce reagoval popudlivě, s tím, že ke kurátorovi chodit nebude. Jeho drzé reakce byly směřovány jak vůči kurátorovi, tak vůči otci, který byl jednání přítomen. Činnost orgánu sociálně právní ochrany dětí v Petrově rodině byla ukončena dosažením jeho zletilosti.

U Petra byla nařízena i ústavní výchova. Pokud byl ve výchovném ústavu, pak na počátku svého pobytu zde se choval adekvátně a slušně, ale s postupem času u něj docházelo k excesům. S partou vrstevníků se vloupal do sportovní haly, kde odcizil alkohol a cigarety.

K tomuto jednání se stavěl nekriticky. Docházelo u něj často k výrazné změně nálad během krátké doby. Před nabytím zletilosti trávil většinu času na útěku z výchovného ústavu.

Kriminální zkušenost

Petr byl opakovaně projednáván pro přestupky. Jako mladistvý v 16-ti letech byl odsouzen pro provinění nedovolené výroby a jiného nakládání s omamnými a psychotropními látkami a jedy podle § 283 odst. 1) tr. zákoníku. Další odsouzení následovala opakovaně pro krádeže, porušování domovní svobody, kdy mu byly původně uloženy podmíněně odložené tresty odnětí svobody, případně tresty obecně prospěšných prací. Protože se ve zkušební době podmíněného odsouzení dopustil další trestné činnosti bylo rozhodnuto o výkonu těchto trestů.

Petr sám k tomuto uvedl, že když bral drogy, tak měl i krádeže. Kradl, aby měl na pervitin. Dále se dopustil pokusu těžkého ublížení na zdraví a výtržnictví.

Osobnostní faktory

U Petra byla zjištěna disociální porucha osobnosti, syndrom závislosti na metamfetaminu a škodlivé užívání psychotropních látek. Osobnost byla vyhodnocena jako patologicky strukturovaná. Má tendence k afektivním výkyvům, je emočně labilní, s prioritním zaměřením na bezprostřední uspokojování potřeb. Jeho intelektové schopnosti spadají do pásma podprůměru až hlubokého podprůměru. Dále má sklony k agresivnímu násilnému chování.

Postoj k drogám

Petr o léčbě nikdy neuvažoval. Podle něj není na pervitinu závislý a nemá potřebu se léčit. A to přestože sám uváděl, že když bral drogy změnil se k horšímu, byl agresivní, mlátil se a v podstatě totéž uváděl ve vztahu k alkoholu, tedy, že se po jeho požití měnil k horšímu. Abstinovat nikdy nezkoušel.

Možnosti resocializace

U Petra shledali znalci možnosti jeho resocializace pouze v teoretické rovině. Je výrazně sociálně nepřizpůsobivý. V této oblasti je jeho schopnost učení se omezena nejen nižší rozumovou kapacitou, ale také omezenou motivací. Má tendence k sobeckému, parazitujícímu životnímu stylu, je u něj absence pracovních návyků a není přístupný korektivním intervencím. To činí překážku pro působení případných resocializačních programů a aktivit.

Přestože Petr je osobou závislou na užívání omamných a psychotropních látek nebylo mu ukládáno ochranné léčení, a to právě s ohledem na jeho strukturu osobnosti. Petr nedisponuje motivací k léčbě a ani dostatečnou ukázněností, jež by vedla k respektování podmínek ochranného léčení. Problematickou je totiž právě jeho osobnostní struktura. Podstatné pro toto rozhodnutí bylo právě to, že pro léčení závislosti je důležitá zejména vůle a motivace osoby, která se má léčit. Bez této motivace, jež u Petra není, by uložení ochranného léčení bylo kontraproduktivní.

5.2.5. Případ 5. – Ladislav D.

Základní údaje

Ladislav D. má v současné době 26 let. V době v době spáchání trestné činnosti mu bylo 22 let. Odsouzen byl za zločin znásilnění podle § 185 odst. 1,2 písm. a) trestního zákoníku, jehož se dopustil pod vlivem omamných a psychotropních látek a alkoholu.

Ladislav D. byl odsouzen pro zločin znásilnění, kdy měl donutit násilím k pohlavnímu styku dívku, kterou k němu do bytu přivedl na večírek jeho kamarád. Šlo o oslavu, na které všichni účastníci popíjeli alkoholické nápoje a někteří k tomu přidali i další drogy. Část účastníků večírku šla spát, mimo jiné i poškozená a část naopak pokračovala v „tahu“ po dalších nočních barech, kde rovněž konzumovali alkohol. Po návratu do bytu Ladislav D. začal požadovat po poškozené pohlavní styk a když jej odmítla, donutil ji k tomuto násilím. Nijak jej neodradilo, že v bytě byl přítomen ještě další „kamarád“. Ten ovšem zase v jeho jednání Ladislavovi nijak nezabránil, přestože si uvědomoval, co se ve vedlejší pokoji děje a dokonce o tomto „on line“ psal své známé zprávy, že si v dané situaci neví rady.

Ladislavovi byl uložen nepodmíněný trest odnětí svobody v trvání čtyř roků, pro jehož výkon byl zařazen do věznice s ostrahou. Dále mu bylo uloženo ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické v ambulantní formě.

Toxikologickým vyšetřením bylo po činu u Ladislava zjištěno požití marihuany a pervitinu.

Rodinná anamnéza

Ladislav pochází z úplné rodiny, oba rodiče pracují, nemají žádné problémy s alkoholem nebo drogami. Má mladší sestru. Své dětství hodnotí jako dobré. Lepší vztah má s matkou. Pouze jeho babička z matčiny strany, u které pobýval v předškolním věku měla problémy s požíváním alkoholu, ale neléčila se. S babičkou se už nestýká kvůli tomu jejímu pití. Od 19 let bydlel sám v bytě, který mu přenechala babička z otcovy strany. Později bydlel u kamaráda a následně sám v pronajatém bytě. Po skončení střední školy měl různé krátkodobé práce. Dělal závodně kanoistiku. V souvislosti s tím, co se stalo se pokusil o sebevraždu. V té době byl i na drogách. Skončil na psychiatrii a potom se šel léčit. Vrátil se zpátky ke kanoistice, pracuje, bydlí v nájmu.

Školní anamnéza

Do školy chodil bez problémů, učil se průměrně, míval i trojky. Pokud jde o chování, míval i třídní důtky. Ty dostal, jak uvedl „za drzost“. Vystudoval učební obor s maturitou. Propadl, protože se moc neučil, hodně trénoval, věnoval se rychlostní kanoistice. Po maturitě, kterou opakoval, pracoval na různých místech, ale nikdy ne dlouho. Šlo o krátkodobé příležitostné práce. Do 18 let se věnoval sportu vrcholově, postupně přestal sportovat, pouze se tomu věnoval rekreačně.

Rozvoj drogové kariéry

Pokud jde o drogy Ladislav užíval od 16 let marihuanu, od 19 kouřil cigarety a ve 20 letech začal užívat pervitin. Postupně přešel na jeho užívání jednou týdně a pokud jde o alkohol, pak ten požíval tak jedenkrát týdně. Pil rum a pivo.

Byl dva roky na drogách. Přistěhoval se k němu kamarád, který už byl v té době „čistý“, že mu pomůže se z toho dostat. Pak se stala ta událost. Pili, kouřili trávu, šli ještě do baru, pili a pak si nic nepamatuje, vzbudil se až odpoledne.

Kamarád se pak odstěhoval. Začal znova brát drogy, bylo to tentokrát rychlejší, dostal se brzy na dno. Byl bez práce a bez peněz. Neviděl žádné východisko a pokusil se pod vlivem pervitinu, alkoholu a marihuany o sebevraždu – spolykal prášky. Nakonec si zavolal pomoc, byl hospitalizován na JIP a potom pobýval v léčebně. Nyní abstinuje.

Předchozí intervence

Před spácháním trestné činnosti žádná. Po pokusu o sebevraždu byl hospitalizován na JIP, potom následoval detoxifikační pobyt v léčebně. Rozhodl se pro léčení v psychiatrické léčebně, které absolvoval.

Kriminální zkušenost

Ladislav nebyl do doby, než se stal skutek, pro který byl odsouzen nikdy projednáván pro přestupek nebo odsouzen, či stíhán pro jakoukoli trestnou činnost

Osobnostní faktory

U Ladislava nebyla zjištěna žádná porucha osobnosti. Byla u něj konstatována závislost na alkoholu a psychoaktivních látkách. Jeho osobnost je nezralá s prvky afektivní lability a mírně maladaptivního chování (potřeba okamžitě uspokojovat své potřeby). Intelekt má v pásmu průměru.

Postoj k drogám

Poté, co jak uvedl, se dostal na dno a pokusil se o sebevraždu pod vlivem drog a tlaku událostí, došlo „ke zlomu“ v jeho životě a rozhodl se pro léčbu. Po léčbě v současné době abstinuje.

Možnosti resocializace

V případě trvalé a úplné abstinence od drog u Ladislava znalci nevyloučili bezproblémovou resocializaci. Navrhli u něj další odbornou intervenci k řešení závislosti na drogách a alkoholu, zvláště za situace, kdy Ladislav má motivaci abstinovat, a to ochranného protialkoholního a protitoxikomanického léčení v ambulantní formě.

5.3. Analýza případových studií

Při samotném sběru dat, která byla následně využita k jednotlivým případovým studiím byla využita metoda studia dokumentů, kterými byly trestní spisy vztahující se k jednotlivým zkoumaným osobám, zejména rozsudky, zprávy OSPOD, znalecké posudky z oboru zdravotnictví odvětví psychiatrie a psychologie a především samotná vyjádření zkoumaných osob k jejich osobním poměrům a drogové kariéře. Výhodou metody je skutečnost, že jde o data, která byla již vytvořená, pouze bylo nutné je shromáždit. Omezena je tak i možnost jejich zkreslení.

Z takto získaných a podchycených údajů jsem následně vybral informace podstatné pro konečné vyhodnocení výzkumu, jež jsou pak uvedeny ve formě rámcového zápisu v prezentaci jednotlivých případů. Tyto případy byly rozčleněny na rodinnou, školní a kriminální anamnézu. Zachyceny jsou osobnostní faktory zkoumaných osob, jejich pracovní zařazení v době spáchání trestné činnosti, postoj k drogám s důrazem na prognózu jejich resocializace. Tedy tak, aby získané údaje měly logickou, co možná nejobsáhlejší a kvalitní vypovídací hodnotu v rámci stanovených kategorií.

Po zpracování jednotlivých případových studií, dle tohoto schématu, byla na základě komplexu těchto informací provedena jejich analýza a interpretace výsledků.

	1. Roman M.	2. Vít B.	3. Petr K.	4. Petr M.	5. Ladislav D.
Rodinná anamnéza	Neúplná rodina Otce osobně nezná Děda, matka a otčím požívali alkohol, otčím agresivní, mladší sourozenec,	Rodiče rozvedeni, jedináček, žádné problémy v rodině s užíváním návykových látek	Rodiče rozvedeni, matka se po rozvodu se synem nestýkala. Setra se odstěhovala s matkou, sourozenci rovněž nejsou v kontaktu. Otec pracovně zaneprázdněn, fakticky vychováván prarodiči. Otec měl více požívat alkohol, neléčil se	Neúplná rodina. Matka závislá na alkoholu, otec, bratr a otčím rovněž požívali alkohol, tři sourozenci, bratr vyrůstal u otce, sestra v pěstounské péči	Úplná rodina, mladší sestra. Babička problémy s alkoholem, neléčila se. Rodinné vztahy dobré
Školní anamnéza	Opakovaně snížená známka z chování, záškoláctví, nedokončil učební obor, vzdělání - základní	Opakovaně snížená známka z chování, záškoláctví, nedokončil učební obor, vzdělání - základní	Opakovaně snížená známka z chování, první učební obor nedokončil, další učební obor dokončil ve výchovném ústavu	Zvláštní školu zvládl bez problémů, vyučen	Úplné střední vzdělání s maturitou. V učebním oboru jednou propadl, udělena důtka, jinak bez problémů
Užívání drog	Od 14 let alkohol, pervitin a marihuana od 12 let, vyzkoušel LSD, čichal toluen	Alkohol poprvé v šesté třídě, od 15 let alkohol, poprvé marihuana na ZŠ, od 16 let pravidelně	Marihuana v páté třídě, následuje pervitin ještě na ZŠ a alkohol	V deváté třídě první kontakt s čicháním toluenu, v I. ročníku učebního oboru kontakt s alkoholem, postupně užívání marihuany, pervitinu, kokainu, benzodiazepinů	Od 16 let marihuana, později přidává pervitin a alkohol
Intervence	Od 15 let v péči psychosociálního centra, v 16	Péče psychologa na ZŠ, v evidenci	Péče pedopsychiatra v evidenci	Nad výchovou stanoven dohled,	Před spácháním tr. činnosti

	letech hospitalizace v PL, opakovaný pobyt ve výchovných ústavech, konzultace se školním psychologem	OSPOD v souvislosti s páčáním trestné činnosti	OSPOD, intervence kurátora odmítá. Uložena ústavní výchova, z VÚ opakovaně utíká	umístění v dětských domovech, opakované hospitalizace v PL, v péči psychiatrů a psychologů opakovaně	žádná.
Kriminální anamnéza	Opakovaně odsouzen (vydírání, porušování domovní svobody, nebezpečné vyhrožování). Opakovaně řešen pro přestupky (fyzické napadání, vyhrožování)	Odsouzen (poškození cizí věci), dále stíhán pro porušování domovní svobody, drogová tr. činnost	Opakovaně odsouzen. Ještě jako mladistvý pro drogovou trestnou činnost. Odsouzení pro krádeže, ublížení na zdraví, výtržnictví. Opakovaně projednáván pro přestupek.	Opakované projednávání pro přestupky, odsouzen pro krádež, neoprávněné opatření, padělání a pozměnění platebního prostředku	Žádná
Osobnost-ní faktory	Smíšená porucha osobnosti, alkoholová a drogová závislost, intelektový potenciál podprůměrný, impulsivita, sklony k agresivitě	Zneužívání alkoholu a kanabinoidů, intelektový potenciál v pásmu kvalitního průměru, méně zralá osobnost, disociální a anetické rysy	Disociální porucha osobnosti, intelektový potenciál podprůměrný, sklony k agresivitě, závislost na pervitinu	Smíšená porucha osobnosti disociálními a impulsivními rysy, intelektový potenciál v pásmu lehkého defektu, organické poškození v důsledku alkoholického fetálního syndromu a degradace osobnosti v důsledku užívání drog, sklony k agresivitě	Žádná porucha osobnosti, intelekt v pásmu průměru, osobnost pouze nezralá, mírný sklon bezprostředně uspokojovat své potřeby
Prognóza resocializace	Nízká, sociálního učení schopen pouze selektivně, stále	Ještě možná	Pouze teoretická, sociálně nepřizpůsobivý	Minimální s ohledem na osobnostní strukturu a	V případě abstinence bezproblémová

	deficity přizpůsobivosti		další učení v této oblasti omezeno osobnostní strukturou a není k němu ani motivován, snížená přístupnost ke korektivním intervencím	degradaci osobnosti, nutná naprostá abstinence a té není schopen	
Děti, partnerka	Dcera, s matkou dítěte nežil	žádné	žádné	žádné	žádné
Pracovní zařazení	Nezaměstnaný (živila ho matka)	Nezaměstnan (živila ho matka)	Nezaměstnaný (peníze mu dával otec)	Nezaměstnaný sociální dávky	Zaměstnan
Postoj k drogám	Uvádí, že o léčení uvažuje, ale v minulosti k němu „nedostal odvahu“	O žádném léčení neuvažuje	Léčení nepotřebuje, závislým se necítí	Léčbu odmítá, na nařízenou ochrannou psychiatrickou léčbu nenastoupil	Nastoupil léčbu dobrovolně, abstinuje

5.4. Diskuse

Pokud jde o jednotlivé faktory, které mohly ovlivnit vznik drogové závislosti u zkoumaných jedinců, případně jejich zneužívání drog, je třeba uvést, že u všech, s výjimkou Ladislava D., se vyskytovalo nepříznivé rodinné prostředí.

V případech 1,2,3, a 4 šlo o jedince pocházející z neúplných rodin. Pouze Ladislav D. pocházel z úplné funkční rodiny. V ostatních případech se jednalo o rodiny neúplné, kde většinou absentoval otec (Roman M., Vít B., Petr M.), v jednom případě absentovala matka (Petr K.).

U Petra M. byla rodinná situace pro dítě tak ohrožující, že bylo rozhodnuto o jeho umístění do dětského domova, neboť nejenže matka požívala s druhem alkoholické nápoje a chovala se pod jejich vlivem agresivně, ale orgány péče o děti zjistily, že je ohrožen i život dítěte (nedostatečná hygiena, výživa..).

V každé z rodin, z nichž zkoumaní jedinci pocházeli (vyjma Víta B.) se v rodinné anamnéze vyskytovalo užívání alkoholických nápojů u jednoho, nebo obou rodičů, případně i u druhá matky (Roman M., Petr M.). Vyskytlo se nadměrné užívání alkoholických nápojů také u dalších členů rodiny a to u prarodičů – Roman M. a Ladislav D., či u sourozenců – Petr M.

Pokud jde o vzdělání, dva ze zkoumaných jedinců mají pouze základní vzdělání (případ 1 a 2). Dva ze zkoumaných jedinců se vyučili, byť s problémy (případ 3 a 4). Pouze Ladislav D. (případ 5) dosáhl úplného středoškolského vzdělání s maturitou.

V případech 1,2,3 a 4 je také třeba vidět, že tito jedinci začali užívat drogy již v poměrně nízkém věku a to na základní škole. V případech 1,2 a 3 ještě na základní škole postupně přešli k užívání vícero omamných a psychotropních látek a užívání alkoholu. U těchto zkoumaných osob se rovněž už během základní školní docházky objevily výchovné problémy jako záškoláctví, opakovaně jim byla udělena snížená známka z chování.

Naopak Petr M. (případ 4) byl ve strukturovaném prostředí dětského domova, byť s podprůměrným intelektem a organickým postižením mozku schopen zvládnout zvláštní školu bez problémů a v této době neměl ani potíže s chováním.

V případech 1,2,3 a 4 byla u každého ze zkoumaných jedinců zjištěna smíšená porucha osobnosti s disociálními, impulsivními rysy a sklony k agresivitě. Tyto osobnostní rysy a sklony k agresivitě byly v případě spáchání trestné činnosti potencovány ještě požitím alkoholických nápojů a případně vlivem dalších omamných a psychotropních látek.

U Petra M. (případ 4) se navíc projevila i degradace osobnosti jednak v důsledku organického poškození mozku na podkladě fetálního alkoholického syndromu a jednak v důsledku dlouhodobého užívání alkoholu, omamných a psychotropních látek.

Dalším společným faktorem, jež se u těchto zkoumaných osob vyskytl je páchaní trestné činnosti již ve věku mladistvých (případy 1,2 a 3). U Petra M. (případ 4) došlo rovněž k spáchání majetkové trestné činnosti, avšak až po dovršení zletilosti.

Prvotní trestná činnost zkoumaných osob směřovala k získávání finančních prostředků na zakoupení drog a alkoholu, event. šlo o čistě drogovou trestnou činnost (přechovávání drog). Posléze se však charakter jejich trestné činnosti měnil v trestnou činnost násilného charakteru, jako fyzické napadání dalších osob, vydírání apod..

Jejich agresivní chování mělo gradující charakter (případy 1,3 a 4). U Petra M. (případ 4) se navíc agresivita původně často zaměřená vůči vlastní osobě (sebepoškozování pod vlivem drog a alkoholu) začala zaměřovat vůči jiným osobám.

Drogová kariéra zkoumaných jedinců v případech 1,2,3 a 4 se v kontextu s jejich obdobnou strukturou osobnosti a zjištěnou disociální poruchou osobnosti promítla i do charakteru jejich trestné činnosti. U všech těchto zkoumaných jedinců šlo o násilnou trestnou činnost směřující proti životu a zdraví druhých osob. Útoky směřující vůči poškozeným byly v těchto případech výrazně brutální. V případě 1,2 a 4 skončily smrtí poškozených. Požitý alkohol a drogy „odbrzdily“ agresivní sklony, které byly u těchto jedinců zjištěny.

V případech 1,2,3 a 4 se zkoumané osoby svým životním stylem fakticky ztotožnily s minoritou osob požívajících alkoholické nápoje, případně omamné a psychotropní látky. Jejich sociální vztahy se výrazně zredukovaly na tyto kontakty, kdy společným zájmem bylo požívání alkoholu, případně drog. V těchto případech i jejich oběti pocházely právě z těchto skupin náhodných známých, které spojoval pouze stejný životní styl a společná konzumace

návykových látek, zejména alkoholu. Žádný bližší osobní vztah mezi zkoumanými jedinci a poškozenými v těchto případech nebyl. Kromě momentálního konfliktu v žádném z uvedených případů nebyl dán jiný motiv pro agresivní jednání vůči poškozeným.

Zkoumaní jedinci v případech 1,2,3 a 4 byli bez pracovního poměru a živili je buď rodiče, nebo pobírali sociální dávky.

V případě 5 (Ladislav D.) bylo možné z uvedených faktorů identifikovat pouze v rodinné anamnéze požívání alkoholických nápojů jedním z prarodičů a ve školní anamnéze drobné potíže se školním prospěchem, které lze vysvětlit, jak i sám Ladislav D. uvedl, i tím, že v té době se závodně věnoval sportu a o to méně se věnoval přípravě do školy. Počátky jeho užívání omamných a psychotropních látek spadají až do mnohem pozdějšího věku než u ostatních zkoumaných jedinců a rozvoj drogové a alkoholové kariéry se pojí s dobou, kdy přestal aktivně sportovat.

Jako jediný měl kvalitní rodinné zázemí, dosáhl středoškolského vzdělání s maturitou a měl zaměstnání. Jeho trestná činnost byla sice násilného charakteru, ale na rozdíl od ostatních případů se nejednalo o v podstatě likvidační útok vůči jiné osobě. Podstatný vliv na jeho jednání měla intoxikace alkoholem, pervitinem a marihuanou. Nikdy dříve nebyl odsouzen pro jinou trestnou činnost, nebo projednáván pro přestupek.

I pokud jde o předchozí intervence, ať již OSPOD, psychologů, psychiatrů, umístění ve výchovných ústavech, diagnostických ústavech, či v dětském domově, lze tyto společné faktory opět vysledovat u případů 1,2,3 a 4, včetně toho, že tyto intervence byly ve všech uvedených případech neúspěšné.

Petr M. (případ 4) sice opakovaně vyhledal odbornou pomoc, eventuálně byl přivezen k hospitalizacím v PL, ale nebyl ochoten se léčit, ani nastoupit uloženou ochrannou léčbu. Měl za to, že léčbu nepotřebuje. Obdobně se vyjádřili zkoumaní jedinci Petr K. a Vít B. (případy 2 a 3). Pouze Roman M. (případ 1) uvedl, že o léčbě uvažoval, ovšem je otázkou, nakolik se jednalo jen o účelovou proklamaci v soudním řízení, když i u něj proběhla řada odborných intervencí (pobyt v PL, péče psychosociálního centra, opakované umístění ve výchovném ústavu, konzultace se školním psychologem) a bezúspěšně.

Jiný postoj k drogám zaujal Ladislav D. (případ 5). Jako jediný ze zkoumaných jedinců skutečně vyhledal odbornou pomoc. Poté co se pod vlivem drog pokusil o sebevraždu a absolvoval detoxifikaci, nastoupil do léčebny. Po pobytu v léčebně si našel práci, zajistil si nové bydlení v pronájmu a vrátil se zpět ke sportování.

Ve vztahu k výzkumné otázce „Jaké faktory ovlivnily vznik drogové závislosti, případně zneužívání drog u zkoumaných jedinců?“ mám za to, že podstatnými faktory majícími vliv na vznik a rozvoj jejich drogové kariéry bylo :

- Disharmonické rodinné prostředí. Většina vyrůstala v neúplných rodinách s absencí jednoho z rodičů.
- Užívání alkoholických nápojů jedním, či více rodinnými příslušníky, tedy alkoholismus v rodině.
- Disociální porucha osobnosti.
- Podprůměrný intelektový potenciál, na což je vázáno i dosažení pouze základního vzdělání, maximálně vyučení v učebním oboru, a to ještě se značnými problémy.
- Nevhodné trávení volného času (naplňovali jej konzumací drog a alkoholu).

Nutné je zdůraznit, že tyto faktory u zkoumaných osob na sebe vzájemně navazovaly a doplňovaly se.

Pokud jde o navazující výzkumnou otázku „Jak se tato drogová závislost promítla do trestné činnosti spáchané tímto jedincem, včetně toho, o jaký druh trestné činnosti se jednalo?“, lze dovodit, že u zkoumaných osob se postupně s větším užíváním drog a alkoholu:

- Redukovaly jejich zájmy, sociální vztahy a v rámci životního stylu se ztotožnili s životním stylem osob, s nimiž je pojilo pouze užívání alkoholu a drog.
- Měnila se postupně struktura jejich trestné činnosti. Od majetkové trestné činnosti (kdy motivací bylo mimo jiné získat finanční prostředky na alkohol a drogy) se „posunuli“ k násilnému jednání vůči jiným osobám.
- Násilné trestné činnosti se dopustili poté, co požili ať již alkohol, nebo jinou návykovou látku, případně šlo o kombinaci těchto látek. Vliv alkoholu a drog potencoval a odbrzdil jejich sklony k agresivitě.
- Při napadení poškozených pod vlivem alkoholu a drog použili značné fyzické násilí.

- Jejich obětí se staly osoby „náhodných známých“ s nimiž se stýkali v rámci společného požívání alkoholu a drog. Nebyl zde žádný osobní vztah k oběti.

Závěr

Cílem práce bylo zachytit významné faktory, které u zkoumaných jedinců, jež se dopustili trestné činnosti pod vlivem alkoholických nápojů a omamných a psychotropních látek, u nich vedly k užívání uvedených látek. Dále pak, jak se tato závislost následně promítla, pokud vůbec, do trestné činnosti, které se dopustili.

Až na jednoho ze zkoumaných jedinců se u všech ostatních zkoumaných jedinců promítly dva významné a shodné faktory. Všichni pocházeli z disharmonického rodinného prostředí, kdy se jednalo o neúplné rodiny. Již rodiče, nebo další rodinní příslušníci požívali alkoholické nápoje, eventuálně drogy a nezřídka se v rodině vyskytlo násilné chování pod vlivem těchto látek, ať vůči tehdy nezletilým, případně i ostatním rodinným příslušníkům – „otčím mlátil všechny“.

Asi nelze pochybovat, že tento model chování z rodiny část zkoumaných osob převzala. V případě Romana M. a Petra M. jej tyto v dospělosti uplatnili zpětně i vůči svým matkám, jež se na tom, v jakém rodinném prostředí vyrůstali, významnou měrou podílely.

Dalším významným faktorem byla, opět až na Ladislava D., u všech zjištěná disociální porucha osobnosti s impulsivními a agresivními rysy. Tato porucha se u těchto jedinců rozvíjela i díky disharmonickému rodinnému prostředí. Na toto navazovaly výchovné problémy ve školním prostředí, které se i přes poskytnutou odbornou intervenci nedařilo řešit, z části i pro nespolupráci rodičů. Pokud se snaha ze strany rodiče spolupracovat vyskytla, bylo zřejmé, že dané době už neměl rodič na chování dítěte fakticky žádný vliv.

Požívání drog a alkoholu u zkoumaných jedinců vedlo k postupnému „propadu“, kdy se začali stýkat s osobami vedoucími obdobný životní styl, zaměřený pouze na konzumaci alkoholu a drog. Žádný jiný zájem se u nich fakticky nevyskytoval. Měnil se i charakter jejich trestné činnosti, kdy od trestné činnosti původně zaměřené na získání finančních prostředků na nákup alkoholu a drog přešli k fyzickému napadání dalších osob.

Požívání alkoholu a drog u nich totiž potencovalo agresivní rysy jejich osobnosti, včetně impulsivity a trestná činnost, pro kterou byli odsouzeni byla výsledkem momentálního konfliktu pod vlivem alkoholu a drog, přičemž jejich útok se vyznačoval výraznou brutalitou.

Ze zkoumaných jedinců byl výjimkou pouze Ladislav D.. Jak jsem již uvedl, jediným shodným faktorem, který se u něj stejně jako u ostatních vyskytl, bylo požívání alkoholických nápojů jedním z prarodičů a drobné školní problémy. Nicméně, jeho rodinné prostředí bylo stabilní a byl zřejmý kritický postoj rodiny k prarodiči konzumujícímu alkohol. Věnoval se aktivně sportu a k „intenzivnějšímu“ užívání drog se dostal až v pozdějším věku než ostatní. Byl schopen dosáhnout nevyššího vzdělání ze všech zkoumaných osob a pracovat. Nikdy nebyl postižen za přestupek, nebo odsouzen. Jako jediný byl schopen si uvědomit, že má s požíváním drog problém a začít aktivně spolupracovat na léčbě. Zřejmá byla i podpora rodiny.

Zdůraznit je třeba i další shodný faktor a to postoj k drogám a alkoholu. Všichni zkoumaní jedinci, vyjma Ladislava D., mají za to, že s alkoholem a drogami nemají problém a nejsou motivováni k léčbě. S tímto se rovněž pojí i možnosti jejich resocializace, které jsou minimální.

Zatímco Ladislav D. si připustil, že má problém, který musí řešit a jsou i u něj i velmi dobré předpoklady resocializace.

Cílem bakalářské práce bylo zachytit jaké faktory vedly u zkoumaných jedinců k užívání omamných a psychotropních látek. Na tyto otázky se odpovědět podařilo. Ale nastolují se další otázky. Třeba co bude dál, až skončí jednoho dne jejich výkon trestu. Budou pokračovat ve svém životním trendu? V tomto směru si dovoluji ještě jednu citaci, která mě zaujala. V epilogu své knihy LSD a jiné halucinogeny Miovský uvádí „ Pouze ti, kteří mají nejsilnější přesvědčení, odhodlání a vůli překročit sebe sama, mají šanci zbavit se Damoklova meče ztělesněného drogou.“ Pouze jeden ze zkoumaných jedinců byl ochoten si přiznat, že má s drogami problém, byl ochoten ho řešit a má fungující rodinné zázemí, kam se může vrátit. Lze si představit, kdo z nich má větší šance svůj život skutečně změnit.

Literatura a zdroje :

ČTK, *V Kalifornii se nově smí prodávat marihuana pro rekreační účely, v obchodech se tvoří fronty*. [on-line]. 2018 [Cit. 06-10-2019].

Dostupné na <https://zpravy.aktualne.cz/zahranici/v-kalifornii-se-od-noveho-roku-osmi-prodavati-marihuana/r~d7db5df2ef2311e79704ac1f6b220ee8/>

DUNDR, M. *Původ a rozšíření drog* [on-line]. Časopis Vesmír, 1995, [Cit. 06-10-2019].

Dostupné na <https://vesmir.cz/cz/casopis/archiv-casopisu/1995/cislo-4/puvod-rozsireni-drog.html>

FISCHER, S. ŠKODA, J. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2014, 232 s. ISBN 978-80-247-5046-0

KALINA, K. a kol. *Mezioborový glosář z oblasti drog a drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: FILIA NOVA, 2001, 118 s. ISBN 80-238-8014-4

KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 392, ISBN 978-80-247-1411-0

MAREŠOVÁ, A. a kol. *Analýza trendů kriminality v roce 2014*. 1. vyd. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2015, 131 s., ISBN 978-80-7338-150-9

MATOUŠEK, O.; KROFTOVÁ, A. *Mládež a delikvence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003, 344 s., ISBN 80-7178-771-X

Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, Praha: ÚZIS, 1992

MIOVSKÝ, M. a kol. *Konopí a konopné drogy*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, 548 s., ISBN 978-80-247-0865-2

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Grada Publishing, a.s., 2006, 332 s., ISBN 80-247-1362-4

MIOVSKÝ, M. *LSD a jiné halucinogeny*. Boskovice: Albert, 1996, 108 s. ISBN 80-85834-35-9

MIOVSKÝ, M. a kol. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. 1. vyd. Praha: TOGGA, 2010, 251 s. ISBN 978-80-87258-47-7

MRAVČÍK, V. a kol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2018, 268 s. ISBN 978-80-7440-219-7

MRAVČÍK, V. a kol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2017, 251 s. ISBN 978-80-7440-200-5

Návykové látky [on-line].2019 [Cit. 06-10-2019]. Dostupné na <https://www.policie.cz/clanek/narodni-protidrogova-centrala-skpv-navykove-latky-navykove-latky.aspx>

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost : současné poznatky a perspektivy léčby*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003, 152 s., ISBN 80-7178-831-7

ŠÁMAL, P. a kol. *Trestní zákoník I. § 1 až 139 Komentář*. 1. vyd. Praha: C.H.BECK, 2009, 1303 s. ISBN 978-80-7400-109-3

VYHNÁLKOVÁ, P., *Základy pedagogiky volného času*. 1. vyd. Olomouc: Gevak, 2013, 64 s., ISBN 978-80-86768-73-1

Výroční zpráva za rok 2017 [on-line].2019 [Cit. 06-10-2019]. Dostupné na <https://www.policie.cz/clanek/vyrocní-zpravy-annual-reports-jahresbericht.aspx>

Výroční zpráva za rok 2018 [on-line].2019 [Cit. 06-10-2019]. Dostupné na <https://www.policie.cz/clanek/vyrocní-zpravy-annual-reports-jahresbericht.aspx>

Vyhláška č. 345/1999 Sb. *vyhláška Ministerstva spravedlnosti, kterou se vydává řád výkonu trestu odnětí svobody* (v platném znění).[Cit. 18.11.2019]. Dostupné na <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-345>

Zákon č. 167/1998 Sb. o návykových látkách (v platném znění).[Cit. 12.10.2019]. Dostupné na <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-167>

Zákon č. 283/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže). [Cit. 2.12.2019]. Dostupné na <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2003-218>