

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Lucie Haňková

**Výkon ochranného léčení v podmínkách
českého vězeňského systému**

**Execution of compulsory treatment
in the Czech prison system
conditions**

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Hana Fidesová, Ph.D.

Praha, 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 25. 07. 2012

Lucie Haňková

Identifikační záznam:

HAŇKOVÁ, Lucie. *Výkon ochranného léčení v podmínkách českého vězeňského systému. [Execution of compulsory treatment in the Czech prison system conditions]*. Praha, 2012. 56 s., 3 příl.. Bakalářské práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie. Vedoucí práce Mgr. Hana Fidesová, Ph.D.

Poděkování

Chtěla bych poděkovat především svojí vedoucí práce, paní Mgr. Haně Fidesové, Ph.D., za odborné vedení, podnětné návrhy, cenné připomínky a rady při zpracování této práce.

ABSTRAKT

Východiska: Ochranné léčení představuje ochranné opatření a je soudem ukládáno ústavní nebo ambulantní formou. Zároveň lze očekávat, že takové léčení může vzhledem k osobě pachatele naplnit svůj účel. O účinnosti a smysluplnosti tohoto druhu léčení panují mezi odbornou veřejností pochyby, které pramení ze skutečnosti, že osoby, kterým bylo toto ochranné opatření uloženo mají často malou motivaci k léčení a snaží se jí sabotovat porušením režimu. V případě, že byl vedle ochranného léčení uložen trest odnětí svobody, zpravidla se ochranné léčení vykonává po nástupu výkonu trestu ve věznici, jinak se vykoná ve zdravotnickém zařízení po výkonu trestu nebo jiném ukončení trestu.

Cíl: Cílem této práce bylo zjistit názory a postoje terapeutů z řad vězeňského personálu specializovaných oddělení v souvislosti s výkonem ochranného léčení protitoxikomanického, protialkoholního, patologického hráčství a sexuologického. Důraz je kladen na současný stav realizace výkonu ochranného léčení, vzhledem ke změně zdravotnických předpisů, a terapeutické zacházení v jednotlivých specializovaných odděleních.

Metodologie: K řešení byla zvolena kvalitativní metoda s využitím kvalitativních výzkumných technik – sběru dat, analýzy dokumentů a telefonního interview, z kterého byla data fixována na záznamový arch. Následně byla kvalitativní analýza dat provedena deskriptivním přístupem.

Hlavní výsledky: Bylo zjištěno, že faktický dopad výkonu ochranného léčení negativně hodnotí tři respondenti. Kritizují, že situace kolem ochranného léčení ve VTOS je řadu let nepřehledná, nejasná, a ani nový zákon o specifických zdravotních službách tuto situaci nijak nezjednodušil, spíše naopak. Zbylí dva poukazují, že různé zákony si protiřečí, přičemž nejednotný postoj mají i soudy.

Diskuze a Závěr: Základem činnosti každého specializovaného oddělení je kvalitní týmová práce terapeutů, na které je kladen požadavek hlubšího vzdělávání v oblasti specifické práce. K úspěšnému průběhu a dobrým výsledkům léčení je třeba pracovat s motivací osob, je třeba stanovit dosažitelnější cíle než je pacientova abstinence a vyléčení ze závislosti. Rozhodující pro úspěšnou reintegraci se jeví postoje odsouzeného k sobě samému, postoj k trestnému činu, pocit viny a motivace ke změně.

Klíčová slova: Vězeňství, ochranné léčení, trest odnětí svobody, program zacházení

ABSTRACT

Background: Protective treatment is a protective measure and the court imposed outpatient or institutional form. At the same time it is expected that such treatment may be due to the offender to fulfill its purpose. The effectiveness and meaningfulness of this kind of treatment there is doubt among experts that stem from the fact that persons who have been the safeguard measures imposed often have little incentive to treat her and tries to sabotage the violation mode. In the event that was next to protective treatment prison sentence, usually performs protective treatment after the onset of the sentence in prison or be executed in a hospital after a sentence or a termination penalty.

Objective: The aim of this study was to ascertain the views and attitudes of therapists from the prison staff specialized department in connection with the compulsory treatment of alcohol/drug abusers, pathological gambling and sexology. Emphasis is placed on the current state of implementation of protective treatment, due to a change of health legislation, and therapeutic treatment in various specialized departments.

Methods: The solution was chosen qualitative method using qualitative research techniques - data collection, analysis of documents and telephone interviews, from which the data was fixed on a record arch was subsequently carried out a qualitative data analysis descriptive approach.

Results: It was found that the legal framework under protective treatment negatively assesses three respondents. They criticize that the situation around compulsory treatment in a number of years VTOS is unclear, vague, and even the new Act on Specific Health Services does not simplify the situation, rather the opposite. The other two indicate that different laws are contradictory, and inconsistent approach to the courts .

Conclusions: The cornerstone of any quality department is specialized team of therapists work for which there is a demand -depth training in specific job. To pass the course and the good results of treatment is necessary to work with motivated people, it is necessary to establish achievable goals than the patient's abstinence and recovery from addiction. Crucial to the successful reintegration of the convict's attitude seems to oneself, attitudes toward crime, guilt and motivation to change.

Keywords: Prison service, compulsory treatment, prison sentence, prison arrangement

OBSAH

TEORETICKÁ ČÁST

1. Úvod	8
2. Vězeňská služba České republiky	11
2.1. Výkon trestu odnětí svobody	11
2.2. Program zacházení	13
3. Ukládání a druhy ochranných opatření	16
3.1. Ochranné léčení	17
3.1.1. Ochranné léčení v podmínkách českého vězeňského systému	19
3.1.2. Ochranné léčení protitoxikomanické	23
3.1.3. Ochranné léčení protitoxikomanické v Rýnovicích	25
3.1.4. Ochranné léčení protitoxikomanické ve Znojmě	26
3.1.5. Ochranné léčení protialkoholní	27
3.1.6. Ochranné léčení protialkoholní v Opavě	29
3.1.7. Ochranné léčení patologického hráčství	31
3.1.8. Ochranné léčení patologického hráčství v Heřmanicích	32
3.1.9. Specializovaná oddělení pro výkon ochranných léčení v Opavě	34
3.1.10. Ochranné léčení sexuologické v Kuřimi	36
3.2. Zabezpečovací detence	37
3.3. Zabránění věci nebo jiné majetkové hodnoty	38
3.4. Ochranná výchova	39
4. Výzkumná část	41
4.1. Cíl výzkumu	41
4.2. Metodologie výzkumu	41
4.3. Etické aspekty	42
4.4. Popis výzkumného souboru	42
5. Analýza a interpretace zjištěných dat	43
5.1. Vyhodnocení rozhovorů	43
6. Diskuze a závěr	48
Seznam použité literatury a pramenů	52
Seznam tabulek a grafů	55
Seznam příloh	56

1. Úvod

I v 21. století se setkáváme s lidmi, kteří vnímají informace o zacházení s vězni s rozčarováním. Jejich představě fungujícího vězení odpovídá nevábné prostředí, neomítnuté zdi, řetězy na ruku, místo běžné stravy suchý chléb, džbánek s vodou. Jedinou náplní života vězně by pak měla být jen hrubá fyzická práce. Ten, kdo pracuje ve vězeňství, se znovu ocitá v situaci, kdy musí jasně a srozumitelně vysvětlovat, proč věnujeme tolik pozornosti zacházení s vězni. Vězeňská služba myslí na budoucnost, proto jí záleží na efektivním využití času, který vězni tráví ve vězení. Usiluje o to, aby se vězni po propuštění nevraceli horší a nebezpečnější (Bajcura, 2006).

Vývoj vězeňských systémů probíhal na evropském kontinentu od 16. století a na americkém od 18. století. Až do 16. století byli vězni drženi pohromadě bez ohledu na pohlaví, věk, zdravotní stav a mravní narušenost. K úspěšnému pokusu o vyčlenění mladistvých z řad dospělých vězňů došlo v Amsterdamu v roce 1595 se současným zřízením ústavu pro muže a o rok později pro ženy. V roce 1703 byl zřízen nápravný ústav sv. Michala v Římě, do kterého byli umísťováni mladiství. Jejich kategorizace byla prováděna v závislosti na chování, ústavní režim byl založen na samovazbě, společné práci, mlčení, odměňování podle zásluh a disciplinárních trestech krácení stravy a tělesných trestech. Podle tohoto vzoru v roce 1758 vybudován tzv. Milánský ústav (Historická penologie č. 1/2006, s. 2).

Reformní návrhy přicházejí od významných francouzských filozofů, jako byl *Montesquieu*, *Voltaire*, *Diderot*, *Rousseau* a další. Tato nová škola filozofů se vyjadřovala proti mučení a proti tělesným trestům, představujícím barbarství minulých věků a odporujícím rozumu i humanitě. Pod vlivem francouzských encyklopedistů vydal, v roce 1764 Ital *Cesare Beccaria* (1738–1794), proslulou knihu „O zločinech a trestech“. Beccariovy pečlivě zdůvodněné argumenty volaly po radikální reformě veřejného soudního jednání, ukončení mučení a tělesných trestů a zavedení trestů přiměřených spáchanému zločinu (Lyons, 2004).

České vězeňství se od roku 1990 výrazně reformuje. Jednou z důležitých změn je i zavedení specializovaných oddělení určených pro zacházení s různými skupinami odsouzených se zvláštními potřebami. V současné době jsou zřizována v rámci Vězeňské služby ČR čtyři druhy specializovaných oddělení, a to pro

odsouzené trvale pracovně nezařaditelné, pro odsouzené matky, kterým je umožněno vykonávat trest společně s jejich dětmi zpravidla do tří let věku, dále specializované oddělení pro výkon ochranného léčení – protialkoholního, protitoxikomanického, patologického hráčství a sexuologického. V neposlední řadě specializovaná oddělení pro odsouzené s poruchou duševní a poruchou chování, s mentální retardací a s poruchou osobnosti a chování způsobenou užíváním návykových a psychotropních látek.

Mohou to být psychicky narušení jedinci nebo pachatelé, kteří jsou téměř psychicky normální. Přístup k této skupině by měl být vysoce odborný, mělo by se dbát na individuální přístup ke každému jedinci (Sochůrek, 2007b).

Ve specializovaných odděleních jsou realizovány konkrétní programy zacházení, které snesou nejpřísnější měřítko, jsou plně srovnatelné s praxí ve vězeňství ve vyspělých evropských demokratických státech. Různorodost zacházení je dána tím, jaké konkrétní skupiny odsouzených jsou do jednotlivých věznic zařazovány a jaká specializovaná oddělení jsou v nich zřizována, samozřejmě s ohledem na přítomnost erudovaných odborných zaměstnanců.

Zabývat se výkonem ochranného léčení v podmínkách českého vězeňského systému jsem se rozhodla prostřednictvím této práce z několika důvodů. V první řadě bylo důvodem nejen shromáždit poznatky odborné literatury k této problematice, ale i zjistit, jaké má postavení toto ochranné opatření v praxi. Dalším důvodem bylo, že pachatelé, kterým je ochranné léčení ukládáno, jsou zpravidla problémoví uživatelé drog a alkoholu. Jsou jednou z hlavních cílových skupin adiktologického zájmu. Lidé, kteří se stávají závislími, ztrácejí vlastní názor, zaměstnání, identitu, sociální status, nejsou schopni ovlivňovat chod svého života. Jsou vyčleňováni z majoritní společnosti a začleňují se do asociálních subkultur, ve kterých si formují normy chování neslučitelné s uznávanými modely mezilidských vztahů. Lze konstatovat, že v důsledku jejich závislosti dochází ke kriminalizaci jejich chování, následně k výkonu uložených trestů, což situaci závislých dále komplikuje. Posledním důvodem byl fakt, že Vězeňská služba ČR, dle mého názoru, reagovala a reaguje na vzniklý stav zřizováním specializovaných oddělení pro diferenciovaný výkon trestu. Účelem je vytvořit systém zacházení, který působí směrem ke snižování rizika páchání trestné činnosti a v podmínkách věznice nabízí odsouzeným změnit své chování a motivovat se k nápravě.

Kalina a kol. (2008, s. 66) uvádí, že „*psychologické změny popisuje proces, kterým se dostává emoční, kognitivní, behaviorální, osobnostní a vztahově komunikační patologie subjektu pod vlastní účinnou kontrolu. Takový požadavek je v adiktologické léčbě maximalistický, a proto nepřekvapuje, že jen část klientely je schopna a ochotna vydat se cestou seberekonstrukce.*“

Cílem práce je objasnit výkon ochranného léčení ve věznicích v ČR, jaké jsou možnosti zacházení pro odsouzené ve specializovaných odděleních ochranného léčení protialkoholního, protitoxikomanického, patologického hráčství a sexuologického. Důraz je kladen na současný stav realizace výkonu ochranného léčení vzhledem ke změně zdravotnických předpisů.

Práce je rozdělena do šesti kapitol. V úvodní části jsou popsána východiska k tématu. Druhá kapitola se věnuje českému vězeňství, výkonu trestu odnětí svobody a programu zacházení. Další třetí kapitola je zaměřena na ukládání a druhy ochranných opatření, je věnována popisu ochranných opatření a s tím související legislativu. Podrobně popisuje výkon ochranného léčení protitoxikomanického, protialkoholního a patologického hráčství a sexuologického v podmínkách českého vězeňského systému. Uvedeny jsou způsoby zacházení, které se těmto skupinám poskytují, možnosti jejich léčby již během výkonu trestu. Čtvrtá kapitola je výzkumná část práce. V této kapitole je charakterizován cíl výzkumu, metodologie výzkumu, etické aspekty, popis výzkumného souboru. Další pátá kapitola zahrnuje analýzu a interpretaci zjištěných dat výkonu ochranného léčení ve specializovaných odděleních v podmínkách českého vězeňského systému. Reflektuje snahu přiblížit postoje a názory odborníků z praxe. Pomocí připraveného rozhovoru byla získána data od terapeutů specializovaných oddělení, kde jsou ochranná léčení vykonávána, a kteří se měli vyjádřit ke způsobu výkonu ochranného léčení a terapeutickému zacházení s klienty. Šestá kapitola obsahuje následné shrnutí, analýzu kvalitativní části, doporučení pro praxi a závěr.

K řešení výzkumného úkolu byla použita kvalitativní metoda s využitím následujících kvalitativních výzkumných technik: sběr dat, analýza dokumentů, telefonní interview.

2. Vězeňská služba České republiky

Vzhledem k nutnosti porozumět celkovému kontextu práce je vhodné podrobněji si přiblížit institut Vězeňské služby České republiky (dále jen „Vězeňská služba“), která poskytuje ochranné léčení během výkonu trestu odnětí svobody.

Dne 1. ledna 1993 nabyl účinnost zákon ČNR č. 555/1992 Sb., o Vězeňské službě a justiční stráží České republiky, ve znění pozdějších předpisů.

Úkoly Vězeňské služby zajišťuje vězeňská stráž, justiční stráž, správní služba, Institut vzdělávání, Ústav zabezpečovací detence a pověřené orgány Vězeňské služby. Plní v rámci své činnosti úkoly vyplývající ze zákona (§ 2 odst. 1 zák. č. 555/1992 Sb.):

- 1) spravuje a střeží vazební věznice a věznice, eskortuje vězněné osoby, zajišťuje pořádek v budovách soudů, státních zastupitelství a ministerstva,
- 2) zabezpečuje vzdělávání osob ve výkonu vazby a trestu, které provádí Střední odborné učiliště, a odborné učiliště Vězeňské služby,
- 3) provádí výzkum v oboru penologie¹ a využívá jeho výsledky a vědecké poznatky při výkonu vazby a při výkonu trestu odnětí svobody,
- 4) prostřednictvím programů zacházení působí na osoby ve výkonu trestu i na některé skupiny osob ve výkonu vazby s cílem vytvořit předpoklady pro jejich řádný způsob života po propuštění,
- 5) poskytuje zdravotní péči vězněným osobám, v případě potřeby specializovanou zdravotní péči ve zdravotnických zařízeních.

2.1. Výkon trestu odnětí svobody

Právní úprava výkonu trestu odnětí svobody je obsažena v zákoně č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále je „ZVTOS“) a vyhláškou Ministerstva spravedlnosti č. 345/1999 Sb., kterou se vydává řád výkonu trestu odnětí svobody, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ŘVTOS“).

U mladistvých odsouzených se na základě zákona č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a soudnictví ve věcech mládeže hovoří o trestním opatření odnětí svobody (Sochůrek, 2007a).

¹ Penologie je „věda o trestu a trestání, která se zabývá jejich účinky z hlediska volby adekvátního působení – zacházení s pachatelem trestného činu, aby nedocházelo k opakování trestného činu.“ (Černíková, 2002, s. 7)

Hlavními zásadami výkonu trestu (§ 2 odst. 1, 2 ZVTOS) je, že musí být vykonáván způsobem, který respektuje důstojnost osobnosti a omezuje škodlivé účinky zbavení svobody, tím však nesmí být ohrožena ochrana společnosti. S odsouzenými se musí jednat tak, aby bylo zachováno jejich zdraví, a pokud to doba výkonu trestu umožní, podporovaly se postoje a dovednosti, které pomohou k návratu do společnosti a umožní vést po propuštění bezproblémový život.

Tzv. regulativní funkce je v pojetí moderní penologie preferovanou funkcí výkonu trestu. Spočívá v tom, že trest by měl stále plnit funkci ochrany, kdy společnost tímto způsobem chrání sama sebe před pachateli trestných činů a současně je vede také k tomu, aby změnili své jednání a postoje pomocí sociálního učení a výchovy.

Hála (2005, s. 43–44) uvádí, že „*regulativní funkci trestu lze rozdělit na tři důležité oblasti:*

- 1) *Izolace – uvěznění pachatele, zabránění další trestní činnosti.*
- 2) *Odstrašování – zapůsobit na pachatele tak, aby zvážili následky trestné činnosti ještě dříve, než k němu přistoupí.*
- 3) *Změna chování provinilce při uložení trestu odnětí svobody nepodmíněně – jsou pro odsouzené vytvořeny podmínky a prostředky, kterými lze dosáhnout možné nápravy a změny v chování.“*

Hlavním cílem výkonu trestu je výchovné působení na odsouzeného, dosažení změny v jeho chování žádoucím způsobem a jeho zdárná reintegrace do intaktní společnosti. Diferencovaný výkon trestu v jednotlivých typech věznic slouží k tomu, aby méně narušení odsouzení vykonávali trest od více narušených a také aby v nápravně výchovném působení u odsouzených s vyšším stupněm narušení mohly být uplatňovány účinnější prostředky zacházení.

Volí se rovněž diferencované formy a metody pracovní výchovy, kulturně výchovné práce, rozsah oprávnění samosprávy apod. V praxi se můžeme obvykle setkat s vnější a vnitřní diferenciací odsouzených. Vnější je dána kriminální kariérou (prvotrestaní a recidivisté), pohlavím, věkem a zařazením odsouzeného do typu věznice soudem. Vnitřní diferenciací se týká zařazování vězňů dle jejich osobnosti, chování či nebezpečnosti pro společnost (Sochůrek, 2007a).

Diferenciací podle právních kritérií je založena na charakteru a závažnosti spáchaného trestného činu. Progresivní diferenciací rozlišuje odsouzené podle

jejich přístupu k plnění povinností ve výkonu trestu, odsouzený akceptuje určité požadované vzory chování a postupně se dostává do vyšších kategorií v rámci vnitřní diference. Diference podle osobnostních charakteristik je založena na vymezení normality, tedy toho, co je v souladu se stanovenými pravidly. Diferenciaci podle nebezpečnosti vyjadřuje délka trestu, zařazení do typu věznice a soudem uložení ochranného opatření po propuštění odsouzeného z trestu.

Vágnerová (2004, s. 21) upozorňuje, že *„hranice normy je pohyblivá, normalita může být posuzována podle mnoha různých kritérií v závislosti na okolnostech, které toto hodnocení vyžadují.“*

2.2. Program zacházení

Zacházení s odsouzenými musí brát ohled na fakt, že vězeňská populace je jak z kriminologického, penologického, tak i psychologického hlediska velice rozmanitá. Neexistuje proto přístup, který by zaručeně fungoval na všechny odsouzené, základní myšlenkou zacházení je tedy diference (Netík, 1998).

Program zacházení (dále jen „PZ“) se zpracovává na základě komplexní zprávy² o odsouzeném s ohledem na délku trestu, charakteristiku osobnosti a příčiny trestné činnosti, je shrnutím výsledků psychologického, pedagogického, lékařského posouzení a jiných dostupných materiálů k osobě odsouzeného.

Komplexní zpráva je základním výchozím podkladem pro zacházení s odsouzenými a vyplývá z ní také seznam aktivit, které jsou odsouzeným nabídnuty během přípravy dohody o jeho programu. Program zacházení je běžný pojem užívaný ve vězeňství, zahrnuje pracovní, vzdělávací, terapeutické a zájmové činnosti. Obsahuje konkrétně formulovaný cíl působení na odsouzeného, metody zacházení směřující k dosažení cíle, způsob a četnost hodnocení.

Minimální PZ je stanoven vnitřním řádem věznice a zpravidla je určen pro odsouzené, kteří si nezvolí žádnou z navržených alternativ programů. Standardní PZ není statický, ale v průběhu výkonu trestu je pravidelně aktualizován.

Prozatímní PZ je uplatňován na nástupním a příjmovém oddělení a je stanoven odsouzeným, kteří jsou ve věznici déle než 30 dní. Cílem je především

² Podílejí se na ní odborní zaměstnanci věznice, tzv. specialisté: speciální pedagog, psycholog (pedagogicko-psychologická charakteristika) a sociální pracovnice (sociální anamnéza). Zde se hodnotí sociální úroveň, osobnostní rysy, možnosti výchovného působení.

smysluplné využití času při současném naplňování účelu výkonu trestu.

Diferencované zacházení s odsouzenými tvoří tyto programy:³

Pracovní programy

Odsouzení mají ze ZVTOS (§ 28, odst. 1) povinnost pracovat, je-li jim přidělena práce a nejsou uznáni dočasně práce neschopnými, nebo zdravotně nezpůsobilými k výkonu práce. Zaměstnávání odsouzených má význam pro jejich možnou reintegraci. Člověk, který uznává a plní pracovní povinnosti, je schopen se plnohodnotně začlenit do společnosti po propuštění z výkonu trestu.

Z práce plynou nejrůznější výhody, jako např. získání nových dovedností, naučit se hospodařit s určitou finanční částkou – hrazení výživného, ubytování, dluhů a zbylou částku si ponechat jako kapesné, a tak si mohou pobyt ve věznici značně zpříjemnit (Fischer, 2006).

Tab. č. 1: Zaměstnanost odsouzených v %

Zaměstnanost	stav
zaměstnanost odsouzených v dubnu 2012	57,52 %
průměrná zaměstnanost v roce 2011	59,63 %
průměrná zaměstnanost v roce 2010	62,35 %
průměrná zaměstnanost v roce 2009	57,99 %

Zdroj: <http://www.vscr.cz/generalni-reditelstvi-19/informacni-servis/rychla-fakta/>, (22. 06. 2012).

Vzdělávací programy

Od nepaměti se přikládá vzdělání a gramotnosti zásadní význam pro nápravu vězňů. V minulosti byl důraz byl kladen na kurzy čtení a psaní, k doplnění znalostí na úrovni základních škol s možností získání vysvědčení o ukončení základní docházky. Časem došlo k růstu vzdělanosti v celé populaci, a tak se klade důraz na vzdělávání vězňů v pracovních oborech s možností rekvalifikace či kvalifikace v řemeslech, či technických profesích (Mezník, et. al, 1995).

Vzdělávání hraje v moderním vězeňském režimu a v osobní výchově vězně klíčovou roli. Cíle vzdělávání jsou spjaté s konečným úkolem integrovat vězně zpět do společnosti. Formální vzdělávání (školská vzdělávací střediska SOU VS ČR, středoškolské vzdělávání, vysokoškolské vzdělávání) i neformální vzdělávání (PZ

³ Příklady projektů aktivit programu zacházení u odsouzených zařazených v typů věznice A, B, C, jsou uvedeny v příloze A, B bakalářské práce. Další konkrétní aktivity zacházení přímo ve specializovaných odděleních výkonu ochranného léčení jsou uvedeny v následující části práce.

ve výkonu trestu) je nabízeno při vytváření PZ odsouzeným. Některé věznice mají uzavřené smlouvy s místními středními školami. Existují také dohody o vysokoškolském studiu, prozatím lze uvést zkušenosti ze spolupráce s těmito vysokými školami: Ekonomicko-správní fakulta Masarykovy university, VŠ báňská v Ostravě, Pedagogická fakulta Ostravské university, Ekonomická fakulta Báňského technického učení v Ostravě (Bajcura, 2010).

Speciálně výchovné programy

Další oblastí PZ jsou speciálně výchovné aktivity, kterými se rozumí individuální a skupinová speciální pedagogická a psychologická působení na odsouzené vedená pedagogy, psychology a terapeuty. Jedná se například o speciální programy pro odsouzené s poruchami chování, drogově závislé, alkoholiky, pachatele trestných činů souvisejících se sexuálním zneužíváním.

Volnočasové programy

Smyslem volnočasových programů je naučit odsouzené trávit volný čas aktivně a smysluplně, činností zaměřenou na rozvoj osobnosti, udržení fyzické a psychické kondice, vytvoření kulturních návyků a potřeb, a po propuštění z výkonu trestu změnit podstatně životní styl. Z vlastní zkušenosti zaměstnankyně můžu uvést, že nejoblíbenější sportovní aktivity odsouzených Vazební věznice Praha-Pankrác, které probíhají na tělocvičně, jsou posilování a fotbal.

Oblast utváření vnějších vztahů

Extramurální programy se orientují na vytváření, udržení či posílení vztahu odsouzeného s vnějším světem, týká se jednoznačně sociálně pozitivních vztahů, jako jsou vztahy rodinné, s přáteli, s profesními či zájmovými organizacemi. Cílem je udržení a rozvoj hodnotných sociálních vazeb a vztahů. Tyto jsou důležité pro reintegraci odsouzených po propuštění z výkonu trestu. Každý potřebuje nějaké sociální zázemí, terapeuti proto odsouzené motivují zvláště k udržení sociálně prospěšných vztahů, zvláště rodinných.

Náboženské programy

Od roku 1997 působí ve vězeňství profesionální duchovní (kaplani), jedná se o zaměstnance vězeňské služby, kteří jsou vnímáni jako garanti dodržování lidských práv, humánního zacházení s obviněnými a odsouzenými.

3. Ukládání a druhy ochranných opatření

Ochranná opatření jsou součástí souboru trestních sankcí (§ 36 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník ve znění pozdějších předpisů⁴), lze je ukládat za splnění zákonných podmínek samostatně i vedle trestu. V prvním případě se počítá, že účelu zákona lze dosáhnout vzhledem k povaze pachatele lépe pomocí ochranných opatření, než uložením trestu (např. při upuštění od potrestání za současného uložení ochranného léčení nebo zabezpečovací detence). Pokud má soud za to, že trest samostatný není dostatečný z hlediska působení na pachatele, uloží vedle trestu ochranné opatření.

Odsouzený se může podrobit i více ochranným opatřením vedle sebe, pokud nelze působení zajistit jedním z nich (§ 97 odst. 3, 4 tr. zák.). Výjimku tvoří kombinace ochranného léčení a zabezpečovací detence, které uložit vedle sebe nelze (§ 98 odst. 3 tr. zák.).

Ochranná opatření jsou stěžejní trestní sankci trestně neodpovědných pachatelů či pachatelů nedosahujících hranice patnácti let věku, kteří spáchali čin jinak trestný, ale soud má za to, že vzhledem k povaze spáchaného činu a nebezpečí, které od nich hrozí, musí uložit ochranné opatření (§ 96, tr. zák.) i přes újmu, která bude těmto způsobena.

Účelem ochranných opatření je kladně ovlivnit duševní, mravní a sociální vývoj a chránit společnost před pácháním trestných činů, respektive provinění mladistvými. Obecně se jejich ukládáním a výkonem sleduje především prevence, proto do popředí vystupují jejich terapeutické, výchovné a zabezpečovací složky. Konečným účelem je odstranění nebo alespoň snížení nebezpečí dalšího porušení nebo ohrožení zájmů chráněných trestním zákonem, ale také léčba a izolace osob nepřičetných či méně přičetných, která vystupuje do popředí právě u zabezpečovací detence.

Zatímco u trestů je dominující represivní a odstrašující působení, ochranná opatření jsou prostředky sociální prevence a ochrany pachatele (Sotolář, Púry, Šámal, 2000).

Vzájemně jsou ale tyto dvě trestní sankce provázány a mezi jejich společné znaky patří dle Jelínka et al. (2008) především to, že jsou obě právními

⁴ Dále v textu jen „tr. zák.“

následky trestného činu, jsou ukládány pouze na základě zákona soudem a jsou opatřeními státního donucení, která jsou vymahatelná státní mocí. U jejich odlišností platí to, že uložení ochranných opatření nevyjadřuje negativní hodnocení pachatele a jejich hlavním cílem není způsobit pachateli újmu byť je to jeden ze znaků, který ochranná opatření nepochybně provází.

Je třeba připomenout, že narozdíl od trestných činů jsou ochranná opatření ukládána na základě zákona účinného v době, kdy se o ochranném opatření rozhoduje (§ 3 odst. 2 tr. zák.) nikoliv podle zákona účinného v době spáchání činu, který zavinil příčinu k uložení ochranného opatření a nepřihlíží se k tomu, který soubor právních předpisů je pro pachatele příznivější, jak u trestů.

Jednotlivými druhy ochranných opatření (§ 98 odst. 1 tr. zák.) jsou: ochranné léčení, zabezpečovací detence, zabránění věci nebo jiné majetkové hodnoty, ochranná výchova.

3.1. Ochranné léčení

Ochranné léčení uloží soud v případě uvedeném v § 40 odst. 2 a § 47 odst. 1, nebo když pachatel jinak trestného činu není pro nepřičetnost trestně odpovědný a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný (§ 99 odst. 1 trestního zákoníku). K uložení ochranného léčení nestačí spáchání jinak trestného činu osobou ve stavu nepřičetnosti nebo zmenšené přičetnosti. Musí být také dokázáno, že pobyt pachatele na svobodě by byl nebezpečný pro zájmy chráněné trestním zákonem i do budoucna, a proto je důvodná obava, že tato osoba spáchá znovu závažný útok na zájmy chráněné trestním zákonem pod jejich vlivem.

Nebezpečnost pobytu na svobodě je třeba posuzovat podle stavu v době rozhodování soudu o ochranném léčení, přičemž stav nepřičetnosti nebo zmenšené přičetnosti musí být již v době činu. Splnění všech těchto podmínek je třeba posuzovat na základě posudku znalců z oboru psychiatrie po vyšetření duševního stavu obviněného.

Podle povahy nemoci a léčebných možností soud uloží ochranné léčení ústavní nebo ambulantní. Pokud byl vedle ústavního ochranného léčení uložen trest odnětí svobody, ochranné léčení se vykonává zpravidla po nástupu výkonu trestu ve věznici. Jestliže ochranné léčení nelze vykonat po nástupu výkonu trestu ve věznici, vykoná se ústavní ochranné léčení ve zdravotnickém zařízení před

nástupem výkonu trestu, pokud se tím lépe zajistí splnění účelu léčení, jinak se vykoná ve zdravotnickém zařízení po výkonu trestu nebo jiném ukončení trestu. Ambulantní ochranné léčení se vykoná zpravidla po nástupu výkonu trestu ve věznici, jestliže výkon ambulantního ochranného léčení ve věznici nelze uskutečnit, vykoná se až po výkonu trestu. Nepostačí-li délka trestu ve věznici ke splnění účelu ochranného léčení, soud může rozhodnout o jeho pokračování ve zdravotnickém zařízení poskytujícím ústavní nebo ambulantní péči.

Soud může uložit ochranné léčení i tehdy, jestliže pachatel trestný čin spáchal ve stavu vyvolaném duševní poruchou a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný, nebo pachatel, který zneužívá návykovou látku, spáchal trestný čin pod jejím vlivem nebo v souvislosti s jejím zneužíváním. Ochranné léčení však neuloží, je-li vzhledem k osobě pachatele zřejmé, že jeho účelu nelze dosáhnout.

Ochranné léčení potrvá, dokud to vyžaduje jeho účel, nejdéle však dvě léta, nebude-li v této době léčba ukončena, rozhodne soud před skončením této doby o jejím prodloužení, a to i opakovaně, vždy však nejdéle o další dvě léta, jinak rozhodne o propuštění z ochranného léčení. Trvání ochranného léčení uloženého podle odstavce 2 písm. b) může být ukončeno, jakmile se během jeho výkonu zjistí, že jeho účelu nelze dosáhnout, je-li nebezpečí, že odsouzený spáchá další trestný čin, soud v rozhodnutí o propuštění z ochranného léčení uloží odsouzenému dohled nad jeho chováním až na dobu pěti let. O propuštění z ochranného léčení rozhoduje soud.

Je třeba také vycházet z hlavních cílů ochranného léčení, které tvoří vzájemně provázaný celek a jimiž jsou: léčení duševní poruchy, kterou pachatel trpí, na základě toho spáchal trestný čin, izolace společensky nebezpečného pachatele trestného činu, prevence opakování trestného činu v důsledku duševní poruchy pachatele, resocializace a zařazení pacienta do běžného života.

Výkon trestu tu splňuje i funkci izolace a odtržení odsouzeného od dosavadního stylu života, zejména u ochranného léčení protitoxikomanického a protialkoholního a tady se často jedná především o nucenou abstinenci po dlouhé době zneužívání návykových látek. Zároveň ochranné léčení vykonávané po ukončení trestu odnětí svobody umožňuje postupné navazující kroky, které je třeba u odsouzeného zajistit. Postupné fáze jsou řazeny v tomto pořadí: trest formou odnětí svobody, léčení spojené i s revizí dosavadního životního stylu,

resocializace – postupný přechod do běžného života, doléčování v ambulantní péči. Tímto způsobem výkonu ochranného léčení se zajišťuje, aby ochranné léčení splnilo vedle vlastního léčení i všechny zmíněné navazující resocializační snahy. Všechny tyto důvody hovoří pro to, aby ochranné ústavní léčení zpravidla následovalo po výkonu nepodmíněného trestu, ale v odůvodněných případech mu mohlo i předcházet, čímž se s přihlédnutím ke každému individuálnímu případu zásadně zajistí nejvhodnější možný postup k tomu, aby účelu léčení bylo dosaženo.

Co se týče výkonu ochranného léčení na svobodě, je pachatel v případě ústavní formy umístěn do jedné ze spádových psychiatrických léčeben pro určitý kraj, při nařízení ambulantní formy soud dopředu projednává se zdravotnickým zařízením převzetí pacienta, v obou případech je ale léčba vykonávána v místě, kde má pachatel bydliště nebo pobyt.⁵

Zneužívání návykové látky se oddává ten, jehož požívání mělo charakter chorobného návyku, a to podle vyjádření znalce ve znaleckém posudku nebo v odborném vyjádření k ochranné léčbě, v němž musí být uvedeno, zda je předpoklad, že lze dosáhnout účelu ochranného léčení. Pokud osoba zneužívající návykové látky nespolupracuje a je zřejmé, že nelze dosáhnout účelu ochranného léčení, ochranné léčení se jí neuloží.

3.1.1 Ochranné léčení v podmínkách českého vězeňského systému

Miovský et al. (2003, s. 11) uvádí, že: *„Drogové závislosti vnášejí do věznic sociálněpatologické jevy probíhající převážně latentně a skrytě. Některé se však mohou projevit velmi neočekávaně a překvapivě jak v rozsahu, tak v intenzitě, prostřednictvím šikany, agresivity, hromadné nekázně. Úměrně s nárůstem drogové kriminality roste potřeba přijímat a realizovat důsledná opatření.“*

Ochranné léčení je ochranným opatřením, které slouží k dosažení účelu trestního zákona, a to vedle pohnutek tresty, ukládání a výkonu trestu odnětí svobody. Je to opatření soudně nařizované, které je možno aplikovat u osob, které se dopustily trestného činu a jsou považovány za částečně nebo vůbec

⁵ V případě uložení protialkoholního a protitoxikomanického ochranného léčení jde o tyto psychiatrické léčebny (dále jen "pl") : pl Bohnice, pl Kosmonosy, pl Červený dvůr, pl Dobřany, pl Horní Beřkovice, pl Havlíčkův Brod, pl Brno, pl Jihlava, pl Kroměříž, pl Opava, pl Šternberk a pl Bílá voda.

neodpovědné za tyto činy, a to pro vážné narušení svých duševních funkcí. V případě pouhé zmenšené přičetnosti lze ochranná léčení kombinovat s výkonem trestu odnětí svobody (Černíková, Makariusová, Sedláček, 1998).

ZVTOS obsahuje v § 57 ustanovení, které připouští možnost vykonání ochranného léčení v průběhu výkonu trestu, a to ve věznici, která je specializovaná na daný druh ochranného léčení. Pokud soudem uložené ochranné léčení v ústavní formě, jež bylo uloženo vedle výkonu trestu, nebylo vykonáno před nástupem výkonu trestu, a s ohledem na kapacitu věznice je možné takové léčení v podmínkách výkonu trestu⁶ provádět, učiní věznice opatření potřebná k tomu, aby s výkonem takového ochranného léčení bylo započato co nejdříve po nástupu výkonu trestu. Pokud ochranné léčení není vykonáno ve výkonu trestu, musí odsouzený po propuštění vykonat léčení v soudem určené spádové psychiatrické léčebně.

Rozhodnutí o tom, v jaké věznici se zřídí specializované oddělení, přísluší Generálnímu ředitelství Vězeňské služby České republiky (dále jen „VS ČR“) a na základě toho pak vydává nařízení o profilaci věznic. Specializovaná oddělení se řídí jako běžná oddělení výkonu trestu, a to ZVTOS, ŘVTOS, metodickými listy a nařízeními generálního ředitele VS ČR, v neposlední řadě tato oddělení podléhají vnitřnímu řádu, popřípadě dalším ustanovením.

Cílem zřizování těchto specializovaných oddělení je vytvořit systém zacházení, který působí směrem ke snižování rizika páčání trestné činnosti a v podmínkách věznice nabízí odsouzeným možnost změnit své chování, motivovat je k nápravě a tím snižovat nebezpečnost a pravděpodobnost recidivy.

Základem činnosti oddělení je týmová práce zaměstnanců, kteří se většinou skládají ze speciálního pedagoga, psychologa, vychovatelů, vychovatele terapeuta, sociálního pracovníka. Kromě kvalifikačních předpokladů, je na pracovníky kladen požadavek hlubšího vzdělávání v oblasti specifické práce s klienty ve specializovaných odděleních. K prohloubení znalostí přispívá nejen samostudium pracovníků, ale také jsou vysíláni do specializačních kurzů v rámci

⁶ Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách ze dne 6. listopadu 2011 způsobil problém při realizaci nařízeného ústavního ochranného léčení ve smyslu § 99 trestního zákona v případě, že ústavní ochranné léčení je uloženo vedle nepodmíněného trestu odnětí svobody a má být vykonáno během výkonu trestu odnětí svobody – podrobněji bude tato problematika rozebrána v další části bakalářské práce.

institutu vzdělávání VS a v neposlední řadě se účastní pracovních návštěv v jiných věznicích a odborných stáží v civilních zařízeních podobného typu. K uvedenému týmu pracovníků ve specializovaných odděleních s léčebnou složkou, patří i externí pracovníci (lékaři-psychiatři, sestry) ze spádových psychiatrických léčeb.

Hlavní činností odsouzených zařazených do specializovaných oddělení je plnění stanoveného PZ doplněného odborným terapeutickým programem. Při ochranném léčení jsou využívány moderní postupy kombinující lékařskou a psychoterapeutickou péči, obvykle založenou na komunitním systému.

Při zajišťování výkonu ochranného léčení v ústavní formě VS ČR pocítovala absenci zákonné úpravy, tu obsahuje zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, který nabyl účinnost dne 01. 04. 2012. Tento zákon upřesňuje podmínky výkonu ochranného léčení. Ochranné léčení se vykonává na základě pravomocného rozhodnutí soudu jako ochranné léčení ústavní vykonávané formou lůžkové péče nebo jako ochranné léčení vykonávané formou ambulantní péče. Při výkonu ochranného léčení dochází jen k takovým omezením lidských práv, která stanoví zákon, a v takové míře, která je nezbytná k dosažení účelu ochranného léčení, pokud tohoto účelu nelze dosáhnout jinak.

Zde se pokusím vysvětlit současný stav, který vznikl v souvislosti s ukládáním ochranného léčení ve VS ČR při realizaci nařízeného ústavního ochranného léčení v případě, že je uloženo vedle nepodmíněného trestu odnětí svobody a má být vykonáno během výkonu trestu odnětí svobody.

Dle § 83 odst. 2 zák. č. 373/2011 Sb., lze: „ochranné léčení uložené soudem též vykonávat během výkonu trestu odnětí svobody ve zdravotnických zařízeních Vězeňské služby ČR, a to ochranné léčení ústavní vykonávané formou jednodenní péče a ochranné léčení vykonávané formou ambulantní péče. Podmínky výkonu ochranného léčení nesmí ovlivnit podmínky výkonu trestu odnětí svobody.“

V § 84 odst. 3 zák. č. 373/2011 Sb., se uvádí, že: „ochranné léčení vedle výkonu trestu odnětí svobody vykonává poskytovatel ve zdravotnických zařízeních Vězeňské služby, jsou-li pro poskytování zdravotních služeb splněny podmínky stanovené zákonem o zdravotních službách. Zdravotnické zařízení Vězeňské služby ČR je součástí věznice.“

Chtěla bych poukázat na skutečnost, že i předseda senátu může nařídit (§ 351 odst. 1 tr. řádu), aby ochranné léčení bylo vykonáno během výkonu trestu, jestliže ve věznici jsou k výkonu takového léčení dány podmínky. Vězeňská služba v současné době nemá vytvořené podmínky pro poskytování ústavního ochranného léčení, které znamená poskytování zdravotní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení, tedy formou hospitalizace ve zdravotnickém zařízení vězeňské služby. V podmínkách vězeňské služby by léčení muselo být poskytováno pouze v nemocnici Vazební věznice a ústavu pro výkon zabezpečovací detence Brno, což není s ohledem na lůžkovou kapacitu psychiatrického oddělení a s tím související personální zajištění možné. Kapacita lůžek je vyčerpána pro potřeby léčení obviněných a odsouzených a na hospitalizace v souvislosti se znaleckým zkoumáním. Vězeňská služba tedy může poskytovat po nástupu výkonu trestu pouze ambulantní ochranné léčení.

Soudy by dle názoru VS ČR měli ukládat spolu s nepodmíněnými tresty pouze ambulantní ochranného léčení. Je však nutné upozornit na to, že u všech propuštěných vězňů s ochranným léčením je nezbytně nutné včas nařizovat a určovat zdravotnická zařízení, která v léčení započatém VS ČR budou pokračovat. Důvodem je skutečnost, že v průběhu výkonu trestu nelze při respektování postupů lege artis ochranné léčení ukončit, neboť nelze realizovat ověřovací fázi a ověřit výsledky léčení. Tato část léčení předpokládá postupně se prodlužující pobyt léčené osoby v jejím sociálním prostředí za účelem ověření, zda léčení bylo natolik úspěšné, že tato osoba je samostatně schopna nadále abstinovat a chovat se tak, aby neopakovala své předcházející zavadové chování.

Mezi veřejností se objevuje názor, že nucená léčba není účinná a efektivní.⁷ Kudrle (2002, s. 506) uvádí, že *„Donucení je ... integrální součástí každé léčby závislého člověka.“*

Přehled specializovaných oddělení výkonu ochranného léčení VS ČR (protitoxikomanické, protialkoholní a patologického hráčství, sexuologické), kde zajišťuje vězeňská služba ochranné léčení v ústavní formě (v současné době se nerealizuje) nebo ambulantní formě, a to:

- ochranné léčení protitoxikomanické, protialkoholní a léčení pro patologické

⁷ Závěry z diskuse účastníků workshopu Müllerová, P., Gajdošíková, H. Ochranná léčba – kde je chyba? (AT konference, Měříň, 6.–10. 05. 2007).

- hráčství pro ods. ženy ve věznici s dohledem, s dozorem a s ostrahou (Opava),
- ochranné léčení protitoxikomanické pro ods. muže ve věznici pro mladistvé (Opava), ve věznici s dozorem (Opava, Znojmo) a ve věznici s ostrahou (Rýnovice),
 - ochranné léčení protialkoholní a léčení pro patologické hráčství pro ods. muže ve věznici pro mladistvé (Opava), ve věznici s dozorem (Opava) a ve věznici s ostrahou (Heřmanice),
 - ochranné léčení sexuologické pro ods. muže ve věznici s ostrahou (Kuřim).

3.1.2. Ochranné léčení protitoxikomanické

Pojmem droga je myšlena určitá látka, která při pravidelném užívání vyvolává nutkání vzít si znovu, tím se organismus stává na této látce závislým, vzniká tzv. drogová závislost (Kraus, Hroncová a kol., 2007).

Jedním z důvodů počátku užívání drog je sociální motivace, kdy jedinec chce změnit společenské normy, která ho frustrují, potřebuje se ztotožnit s určitou skupinou či kulturou. Droga mu pomáhá uniknout ze společenských pravidel, které chce změnit. Emocionálně motivován je jedinec, který touží po uvolnění psychického napětí, úzkosti, chce se uvolnit a droga mu poskytuje relaxaci. Pokud chce získat prostřednictvím drogy více energie a zbavit se fyzické bolesti, můžeme jeho motivaci charakterizovat jako fyzickou. Specifickou motivaci mají jedinci toužící po dobrodružství, získání uznání (Muhlpacher, 2001).

Drogová závislost se vyznačuje psychickým, v některých případech i fyzickým stavem organismu a jeho postoji k užívané droze. Tento stav je doprovázen změnami chování a nutkavými myšlenkami vzít si další dávku. Uživatel vezme drogu proto, aby předešel nepříjemným pocitům z jejího nedostatku nebo pro její psychické účinky, které mu přináší úlevu.

Machová (2009, s. 73) uvádí: *„Ačkoli psychika a tělesnost spolu úzce souvisejí, z praktických důvodů se rozlišuje závislost psychická (duševní), která je považována za nejsilnější faktor, jenž vede k nutkavé a opětovné konzumaci drogy, a dále závislost fyzická (tělesná, somatická), která se po vysazení drogy projevuje tělesnými abstinenčními příznaky. Vznik psychické závislosti je prožitkovou záležitostí“.*

Současné moderní pojetí vzniku závislosti se opírá o široké výzkumné pole. Shoduje se na multifaktoriální etiologii vzniku závislosti. Nepotvrzuje předpoklad jednoznačných specifických oblastí, rizikové faktory mohou být v oblasti biogenetické, etnické, antropologické, sociální i psychologické. Mnohé však nelze prokázat jako skutečné příčiny sehrávající roli při vzniku závislého chování a mnohdy je sporné, zda jde o příčiny, či následky. Pro přísné vědecké chápání to bývá matoucí, pro terapeutickou praxi to však tolik nevadí (Kalina a kol., 2008).

Vlivem závislosti na drogách se člověk stává jedincem, který nerespektuje morální zásady, tradice a právní normy, dopouští se trestné činnosti. Pro závislé na nelegálních drogách existovaly od počátku 90. let různé programy a formovala se síť zařízení, která jim poskytovala potřebnou pomoc. Zároveň začaly neziskové organizace usilovat o rozvoj spolupráce s věznicemi a vznikly první projekty, které byly zaměřeny na práci s uživateli drog ve vězení.

V roce 2002 se začaly zakládat ve věznicích bezdrogové zóny, účelem byl ztížený přístup vězňům k drogám. Zaváděním bezdrogového režimu a odlišování výkonu trestu u uživatelů a neuživatelů drog se začalo předcházet zdravotním rizikům (Marešová, Nečada, Sluková, a kol., 2003).

V roce 2006 byl zahájen pilotní projekt metadonové substituční léčby ve Vazební věznici Praha-Pankrác a ve Věznici Příbram. Zábranský (2003, str. 1) tuto službu definuje takto: *„Substituční léčba je jednou z forem lékařské péče pro závislé na opiátech, především na heroinu. Při léčbě se používá látka stejná či podobná té, která byla užívána nelegálně. Léčba se nabízí ve dvou formách: udržovací (pacientovi se poskytuje dostatek látky, aby se snížilo nebezpečí rizikového či škodlivého jednání) a detoxifikační – při ní se množství podávané látky postupně snižuje až na nulu. Léčba se poskytuje zároveň s psychosociální podporou i bez ní.“* Dále je možné ve výkonu trestu využívat detoxifikace, poraden drogové prevence a bezdrogových zón.

Trávníčková & Zeman (2008, s. 165) uvádějí: *„drogové trestné činy představují dlouhodobě mírně přes 1% všech u nás policií registrovaných trestných činů. Podíl osob odsouzených v ČR za drogovou kriminalitu, na celkovém počtu odsouzených osob činil posledních několik let cca 2% a v letech předešlých byl ještě nižší.“*

3.1.3. Ochranné léčení protitoxikomanické v Rýnovicích

Počátek vzniku specializovaného oddělení Věznice Rýnovice se datuje do roku 1998. V letech 2001–2010 se v oddělení vykonávala soudem nařízená ochranná protitoxikomanická léčba v ústavní formě. Na základě pozdějších změn lze od roku 2011 v tomto oddělení vykonávat soudem nařízenou ochrannou léčbu pouze v ambulantní formě. Program zacházení, kterými klienti procházejí je vypracován na 6 až 12 měsíců, délka je však posuzována individuálně, ubytovací kapacita je 42 odsouzených. Na činnosti oddělení se podílejí psycholog, speciální pedagog, sociální pracovníce, dva vychovatelé terapeuti, vychovatel a externě psychiatr. Program je založen na komunitním systému a skupinové terapii, kde se klienti učí novým sociálním rolím, přebírají zodpovědnost za sebe i za druhé, mění systém životních hodnot orientovaných na abstinenci.

Program je rozdělen do 4 stupňů a je zde nutné splnit podmínky pro postup do vyššího stupně. Programy, které jsou prováděny pod vedením pracovníků specializovaného oddělení obsahují komunitu klientů, pracovní terapie, vzdělávací aktivity a informační servis, fyzicky zátěžový program, skupinová a individuální terapie včetně poradenství, kde v práci s klienty se využívají různé skupinové techniky. Snahou je připravit kontakt pro klienta s pracovníky a organizacemi, které mu budou nablízku v případě potřeby, či v případě možného selhání (sociální kurátor, Kontaktní centra pro drogovou závislost, Komunity, Krizová centra, léčebny). Ty jsou stěžejním prostředkem k působení na změnu postojů a vytváření motivace k aktivním činnostem a dlouhodobé abstinenci. V rámci individuální terapie se využívá i poradenský servis. Součástí programu je psaní deníků, kde klient vyjadřuje své pocity, které nechce sdělit před ostatními.

Tab. č. 2: Počty ods., kteří prošli protitoxikomanickým léčením v daném roce

ROK	Ústavní léčení	Ambulantní léčení	Motivovaní bez nařízené léčby, doplnění ubytovací kapacity oddělení	CELKEM
2007	55	0	0	55
2008	61	0	0	61
2009	66	0	0	66
2010	78	0	0	78
2011	39	11	21	71

V minulosti viz výše uvedená tabulka byly do specializovaného oddělení zařazováni pouze klienti s nařízeným ústavním protitoxikomanickým léčením.

Specializovaným oddělením prošlo v roce 2007 – 55 odsouzených mužů, v r. 2008 – 61 odsouzených mužů, v r. 2009 – 66 odsouzených mužů, v r. 2010 – 78 odsouzených mužů, v r. 2011 – 39 odsouzených mužů.

3.1.4. Ochranné léčení protitoxikomanické ve Znojmě

Rok 2011 byl desátým rokem činnosti spec. odd. protitoxikomanického. Ihned od počátku činnosti tohoto oddělení usilovala znojemská věznice o uznání statutu léčebny zařazené do kancelářského řádu ministerstva spravedlnosti, čímž by se dalo u odsouzených, kteří měli soudem nařízené léčení v ústavní formě, žádat o přeměnu na formu ambulantní, čehož se dosáhlo v roce 2003.

Cíle, které specializované oddělení nabízí, byly tedy vždy splněny. A stát ušetřil finanční prostředky, které by se musely vynaložit za ústavní léčbu, kterou by byl odsouzený nucen absolvovat po výkonu trestu. Odsouzení při své žádosti o podmíněné propuštění, mají již domluvenou ambulantní následnou odbornou péči, a většinou dostávají od soudu i dohled probační a mediační služby. Pokud mají zájem, je jim navíc domluven doléčovací program, nebo pobyt v komunitě.

Na specializovaném oddělení je terapeutický program v rozsahu 23 hodin. Program se skládá s psychoterapie, fyzicky zátěžového programu, pracovní terapie, výchovně vzdělávacích aktivit, a rovněž ze sociálně právního poradenství. Doba pobytu na oddělení je zpravidla 1 rok, roční program je rozdělen do IV. fází. Pokud je doba trestu kratší než rok, jsou fáze upraveny individuálně, každý odsouzený musí projít všemi fázemi, ovšem v kratší době. V průběhu týdne mají odsouzení 2x 1 hod. psychoterapie, při které jsou rozděleni do 2 skupin a to odsouzení v I. a II. fázi, což je fáze adaptace a sebepoznávání, tuto skupinu vede psycholog a III. a IV. fázi, kterou vede vychovatel-terapeut. Vzdělávací výchovné aktivity řídí speciální pedagog, sociálně právní aktivity má na starosti sociální pracovnice, zátěžový program a pracovní terapii řídí terapeut. Vychovatelé řídí zájmové kroužky, které jsou součástí programu zacházení. Součástí oddělení je i psychiatr, který má týdně 4 hodiny, kdy má individuální pohovory.

Psychoterapie I. fáze směřuje na získání náhledu na příčiny proč jsem začal brát drogy, co jsem schopen udělat pro to, abych se po návratu domů zapojil do běžného života bez nich. Ve II. fázi sebepoznání se snaží poznat svoje přednosti, III. fáze je zaměřena na odmítání drogy, a získání náhledu jak se

správně zachovat při relapsu. Poslední IV. fáze připravuje odsouzenému program pro návrat domů.

Další součástí psychoterapie je tzv. komunikativní hodina, která se soustředí na výcvik odsouzených v komunikaci, asertivním chování a dovednosti, jak se v životě prosadit. Vyhodnocování práce jednotlivých členů oddělení probíhá každé pondělí při ranní komunitě. Členové dostávají přidělené body, pokud neplní svoje povinnosti, jsou jim body strhávány. Jednou měsíčně je shromáždění komunity a jsou hodnoceny funkce, které odsouzení dostávají přiděleny. Rovněž jsou celým pracovním týmem zařazováni do určitých fází. Změna funkcí probíhá jednou za 2 měsíce, aby žádný odsouzený nebyl zvýhodněn a každý se naučil zodpovědnosti za ostatní členy komunity. Vzhledem k tomu, že se jedná o specializované oddělení se soudem nařízeným léčením je součástí oddělení i psychiatr. Ten dochází do věznice každý týden, v rozsahu 4 hodin a s každým odsouzeným provádí individuální pohovor.

V rámci extramurálních aktivit chodí odsouzení navštívit pod vedením sociální pracovnice úřad práce a městský úřad. V rámci prevence drogové problematiky jsou prováděny besedy na školách a domovech mládeže. Oddělení spolupracuje také s charitou, kdy pro sociálně slabé rodiny vyrábí dárky a zdobí se stromeček. Dlouholetá je také spolupráce s organizací Podané ruce. S velkým zájmem odsouzených se tak postupně řešilo chráněné bydlení, získání práce, změna působiště, následná ústavní léčba v místě bydliště a prevence relapsu.

V době od listopadu 2010 došlo ke změně, a to na podnět GŘ VS ČR a budou zde vykonávat léčbu pouze odsouzení s ambulantní léčbou a ti, kteří se chtějí léčit dobrovolně. Osvědčený chod oddělení byl pozastaven, a to z důvodu rozporů, zda může věznice ve specializovaném oddělení provádět léčení jako takové, nebo ne. Prozatím není tato otázka dořečena a motivace odsouzených velice klesá. Také jsou v současné době zastaveny soudem nařizované přeměny. Odsouzení po ukončení pobytu na oddělení musí nastoupit do psychiatrických léčeben a znovu společnost musí platit za jejich léčení.

3.1.5. Ochranné léčení protialkoholní

Česká republika patří v celosvětovém řebříčku ke státům s nejvyšší spotřebou čistého alkoholu na rok. Právě z tohoto důvodu se česká společnost

potýká se závažným problémem závislosti na alkoholu. Za příčiny mohou být označeny snadná dostupnost alkoholu a také vysoká tolerance české společnosti ke konzumaci alkoholu. Pokud se konzumace a zneužívání alkoholu změní v závislost a postižený není schopný zvládnout svůj problém vlastními silami, je možné využít odborné pomoci.

Alkohol je běžně používán pro jeho působení na nervovou soustavu (psychotropní droga) jako příjemný, snadný a rychlý způsob, jak se cítit dobře, k usnadnění společenských kontaktů, k zahnání nudy, stresu a u dospívajících, jak být akceptován jako dospělý. Použití většího množství alkoholu vede k opilosti, dlouhodobé zneužívání vyvolává závislost, neboť alkohol je návyková látka. Závislost na alkoholu (alkoholismus) je chronická, progresivní nemoc (Machová, Kubátová a kol., 2009).

Nešpor (2007) uvádí, že závislost na alkoholu vykazuje řadu příznaků, podle nichž se stanovuje diagnóza. Diagnóza závislosti podle MKN – 10 se stanovuje podle toho, zda jedinec během posledního roku vykazuje nejméně tři z těchto fenoménů:

- měl silnou touhu užívat alkohol, a má potíže v sebekontrolě při konzumaci alkoholu, co se týká začátku a množství vypitého alkoholu,
- zvyšuje dávky alkoholu, aby dosáhl účinků, které vyvolávaly nižší dávky,
- trpí odvykacími stavy a alkohol užívá, aby zmenšil jejich příznaky,
- postupně zanedbává jiná potěšení a zájmy ve prospěch konzumace alkoholu, k zotavení z účinků alkoholu potřebuje více času než dříve,
- pokračuje v pití alkoholu přes zjevné důkazy škodlivých následků.

Zvládání alkoholové závislosti vyžaduje většinou součinnost léčení, výchovy a někdy také postihu. V případě nařízeného ochranného léčení bylo již v minulosti přistupováno ke spojení léčby a výkonu trestu. Výhody takovéto léčby spočívají především ve včasném zahájení léčby, ve vzájemném prolínání výchovného a terapeutického úsilí a v ekonomické úspoře. Zanedbatelné není ani oproštění civilních léčeben od problematické práce s nemotivovanými, osobnostně poškozenými klienty a jejich nerentabilním dlouhodobým pobytem v léčebně.

3.1.6. Ochranné léčení protialkoholní v Opavě

Léčba osob závislých dominantně na alkoholu má svá specifika, která jsou často v kombinaci s poruchami osobnosti velmi zvláštní. Jde především o dráždivost, vysokou míru vztahovačnosti, pasivní i aktivní agresivitu, neschopnost adekvátně komunikovat a další. Ve snaze o komplexní zacházení s odsouzenými probíhá léčba na oddělení na několika úrovních:

- režimově – kdy terapeuticky působí režim a důraz na jeho důsledné plnění,
- výchovně – kdy jsou vedeni a jsou jim vysvětlovány požadavky a možnosti jak mohou uplatnit své kvality v oddělení, jaká je vhodná forma jejich činností, zde je také kladen důraz na plnění programu zacházení,
- terapeuticky v širší rovině – jde o aktivity, které odsouzení plní dobrovolně, v užším významu – jde o záměrné a cílené psychoterapeutické aktivity.

Základem je snaha o přiblížení se ke komunitnímu stylu práce, kdy se jeví z hlediska účinnosti léčby jako nejprogresivnější. Jedná se o pevný týdenní program a k němu přiřazené dle vhodnosti další aktivity. Pevný program tvoří skupinové psychoterapie - dvě skupiny po dvou hodinách týdně, psychoedukace - tři hodiny týdně a jedna hodina psychiatrických konzultací. K tomu pravidelné komunity, deníky a úkoly, individuální práce a činnosti dle zvoleného programu zacházení. Využívá se jak hromadných, skupinových, tak i individuálních aktivit.

Jak spíše psychoedukativních, tak konkrétně prožitkových forem, to vše za pomoci terapeutických metod, a to skupinové a individuální psychoterapie, psychoterapeutické komunity, deníků (výpovědi o sobě a prožitém dnu, které čte jen psycholog), arteterapie, nácviku komunikačních dovedností, individuálního, psychologického, psychiatrického, sociálního poradenství atd.

Výsledky práce klientů jsou vyhodnocovány celým psychoterapeutickým týmem a vedou k závěrům ohledně dalšího postupu či případné přeměny (z ústavní na ambulantní), zrušení nebo pokračování léčby. V aktuální praxi se nejvíce osvědčují metody prožitkové a práce v malých skupinách, případně individuálně. Míra efektivity je velmi ovlivněná mírou ochoty a spolupráce klientů ve své léčbě, jejich intelektem a mírou osobnostní narušenosti.

Velká míra psychoterapeutické práce se tedy nejprve věnuje problematice odsouzení, trestu a léčení. Přičemž tato témata jsou v pozadí otázek – co si klient vlastně chce odnést z léčení, jeho vnitřní cíle. Během celého léčení by měl každý

klient projít tyto tématické bloky, a to náhled na problematiku závislosti, motivace k abstinenci, prevence relapsu s důrazem na zvnitřnění sociálně-právních norem, příprava na praktický a bezúhonný život po propuštění, prožitky z terapeutické vycházky, besedy a svědectví od anonymních alkoholiků a další.

Tab. č. 3: Soudní přeměny léčení a zrušení léčení

k r. 2010	soudem nařízené ochranné léčení	soudem nařízené ochranné léčení ústavní na ambulantní formu
zrušeno	1	
zrušení v návrhu	1	
přeměněno		4
v návrhu		2

Zdroj: <http://www.vscr.cz/veznice-opava-83/o-nas-1603/vykon-trestu-323/specializovane-oddeleni-605/praxe-a-efektivita-lecby-odsouzenych-muzu-zavislych-na-alkoholu-5286>.

Za dobu ročního působení (k r. 2010) procházelo oddělením 26 ods. mužů. Jednomu bylo zrušeno soudem nařízené ochranné léčení (další bylo v návrhu) a u 4 mužů přeměněno soudem nařízené ústavní ochranné léčení na ambulantní formu (další dva v návrhu). Z bývalých klientů byl navázán kontakt se třemi odsouzenými, kdy dva z nich více jak měsíc po propuštění abstinovali. Druhý abstinoval již přes 5 měsíců a měl trvalou práci, řešil svou bytovou otázku.

Ze subjektivní reflexe klientů, z nichž někteří mají za sebou i řadu léčebných pokusů mimo VTOS, se ukazuje výhoda zařízení – opravdová abstinence, dále intenzita programu včetně jeho psychoterapeutické části, která vede k zájmu klientů o změnu své budoucnosti a umožnění psychoterapeutických změn, vytvoření atmosféry spolupráce, spíše než nepřátelství mezi terapeutickým týmem a odsouzenými.

V rámci léčení je nutné zabývat se tématy, které ovlivňují úspěšnost návratu klientů do společnosti. Například sociálními vztahy, mechanismy vzniku delikventního chování, motivačními faktory pro jiný styl života, problémy s komunikací a s maladaptací. Cílem je nejen abstinence, ale schopnost samostatného života v abstinenci a se sociálně pozitivní prosperitou. Zde mají odsouzení mnohem větší možnost uvědomit si souvislosti svého alkoholismu.

To vše se odráží v jiném náhledu na své problémy a v jejich korektivních zkušenostech. Jiným měřitelným úspěchem je úprava sociálních vztahů mezi poškozenými – rodinnými příslušníky (u alkoholiků často) a klientem, zpracování možností a rizik návratu a následné péče, úprava vztahů mezi klienty a rodinou atd. Ve všech těchto případech je častěji využívána i forma mediace.

3.1.7. Ochranné léčení patologického hráčství

Patologické hráčství (gambling) je řazeno mezi návykové a impulzivní poruchy. Podstatou je jedna ze základních aktivit člověka – hra, činnost pro zábavu, osvěžení. Porucha je častější u mužů, obvykle se začne projevovat v adolescenci nebo mladé dospělosti. U patologického hráčství nejde o hru jako aktivitu, ale o předpoklad zisku, potřeba rychlého zbohatnutí bez vynaložení vlastního úsilí. U patologických hráčů jde o získávání finančních prostředků na hru, což často vede k páchání majetkové trestné činnosti, a to jsou zejména krádeže, podvody atd. Na vzniku choroby se mohou podílet zejména faktory jako je stresová situace, která zvyšuje riziko únikové aktivity (v tomto případě hraní), nabídka hry jako spouštěcí podnět, např. ve formě hracích automatů apod., osobnostní vlastnosti (extroverze, menší zábrany, narcistické rysy, nedostatek spolehlivého vztahu, nedostatek empatie a nedůvěra).

Novou oblastí gamblingu je hraní a sázení s pomocí internetu. Dle neurofyziologů (Tailor et al., 2007) je tato forma nebezpečnější ze dvou důvodů, a to v případě, v němž nevnímáme nic jiného a máme problém ukončit proces, a v případě, že uděláme chybu, v další volbě více riskujeme.

Světová zdravotnická organizace definuje patologické hráčství jako poruchu, která spočívá v častých opakovaných epizodách hráčství, které převládají na úkor sociálních, rodinných, materiálních a pracovních hodnot (Machová, Kubátová a kol., 2009).

Vágnerová (1999) uvádí, že patologické hráčství má tři základní typické znaky:

- hráč nedokáže odolat hře, i když ví, že je tato činnost společensky odsuzována a přináší celou řadu problémů, není schopen hrát s mírou a potřebuje stále větší částky peněz.
- nutkání ke hře je spojenost vnitřním napětím, pocit tenze se sníží teprve tehdy, když začne hrát,
- při hře pociťuje gambler příjemné vzrušení a uspokojení. Čím větší je riziko ztráty, nebo naopak jde o možnost velké výhry, tím větší vzrušení prožívá.

Sociální důsledky patologického hráčství jsou zřejmé, a to ohrožuje motivaci k práci. Hráč ztrácí zábrany, přestává respektovat základní sociální normy a hodnoty. Vede to k narušení mezilidských vztahů, podvádění rodiny a přátel, lže jim, půjčuje si od nich peníze, které nevrací, krade věci apod.

3.1.8. Ochranné léčení patologického hráčství v Heřmanicích

Ve věznici jsou zřízena specializovaná oddělení pro výkon ochranného léčení protialkoholního a léčby patologického hráčství a výkon trestu mentálně retardovaných odsouzených. K výkonu trestu jsou zde zařazováni odsouzení s délkou trestu do 15 let. Normová ubytovací kapacita je stanovena na 681 míst, skutečný stav se pohybuje kolem 930 odsouzených.

V oddělení pro výkon ochranného léčení patologického hráčství jsou odsouzení vnitřně členěni do tří skupin vnitřní diference podle fáze léčení.

Vstupní fáze, kde je po svém zařazení odsouzený postupně vyšetřen lékařem, specialisty a psychiatrem. Na základě výsledku tohoto šetření stanoví speciální pedagog každému odsouzenému individuální PZ. V tomto období může odborná komise podat řediteli věznice návrh na vyřazení odsouzeného z OLP, délka vstupní fáze je cca 4 týdny.

Intenzivní fáze, kde po ukončení vstupní fáze je odsouzený zařazen do intenzivního programu léčení. Tato je naplněna účastí v korektivní komunitě, ambulantní psychiatrickou péčí, řízenými zájmovými aktivitami, individuální a skupinovou psychoterapií, sportovní činností, činností terapeutických skupin, nácvikem relaxačních technik, pracovní činností. Délka intenzivní fáze je individuální a pohybuje se v rozmezí 5 až 8 měsíců.

Fáze fixační (stabilizační), kde v této fázi jsou uplatňovány stejné metody a techniky jako ve fázi léčebné. Cílem je stabilizovat u odsouzených již dosažené pozitivní změny a mechanismy, které byly vytvořeny ve fázi intenzivní. Důraz je kladen na zvládnutí přechodu do standardního VTOS.

V rámci oddělení je pod dohledem psychologa uplatňován komunitní systém, pracovní a relaxační terapie. Cílem oddělení se stala snaha získat a umět aplikovat u odsouzených dovednosti, potřebné pro život usnadňující abstinenci. Zvládnout rozsáhlou škálu dovedností, týkajících se zvládnutí rizikových duševních stavů a různých forem sebeovlivnění. Při práci s klienty využívá pracovní tým dvou základních terapeutických metod.

Metodu skupinové terapie s využitím dvou terapeutických skupin, vedených psycholožkou a vychovatelem-terapeutem, do kterých jsou zařazeni všichni odsouzení. Metodu individuální terapie, kdy se na jednotlivých formách střídavě podílejí psycholog, speciální pedagog, sociální pracovníce a vychovatelé.

Dvakrát týdně probíhá sezení s odsouzenými, kterého se účastní všichni přítomní pracovníci specializovaného oddělení, včetně vedoucího. Komunitu řídí speciální pedagog a jejím účelem je vyhodnotit předchozí týden, řešit aktuální problémy, projednat připomínky všech zúčastněných a seznámit se se změnami programu na další týden.

Pracovní činnost odsouzeného představují základní aktivity zaměstnání, práce pro oddělení nebo pracovní terapie. Nejčastěji vykonávají úklidové práce pro potřeby oddělení nebo věznice. Odsouzení jsou svými vychovateli a terapeuty vedeni především ke zdokonalování svých sebeobslužných návyků. Důraz je také kladen na dodržování zásad osobní hygieny, podílejí se na opravách výstrojních součástí (šití knoflíků, žehlení). Pravidelně je využívána přemístěná a rozšířená ergoterapeutická dílna, kde si odsouzení pod metodickým vedením lektora instruktora v rámci pracovní terapie zdokonalují své rukodělné činnosti. Zhotovené výrobky jsou ve spolupráci s Krajským vzdělávacím a informačním centrem (KVIC) předávány do dětských domovů, školek a škol v Ostravě a okolí.

Za stěžejní vzdělávací programy lze považovat sociální poradenství, které v individuální i skupinové podobě organizuje sociální pracovníce, alfabetizační kurz pro méně gramotné odsouzené, vedený speciálním pedagogem a vychovatelem, vzdělávací kroužek základů výpočetní techniky, vedený vychovatelem a lektorem instruktorem.

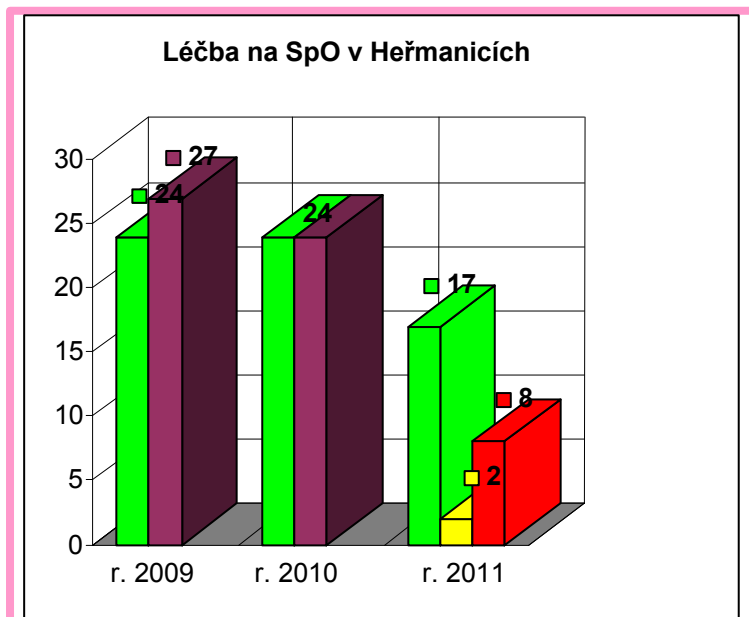
Odsouzení jsou od samého počátku vedeni k samostatnému rozhodování o využití svého volného času, pracovníci se proto snaží vytvářet pestrou nabídku zájmových aktivit s cílem pozitivně formovat jejich osobnost (dramatický, pěvecký kroužek atd.) Důležité místo tvoří sportovní soutěže, které organizují pro odsouzené především vychovatelé (turnaje ve stolním tenisu, fotbale). Mnohdy se odsouzení účastní též akcí celověznicového charakteru (Železný muž).

Tab. č. 4: Léčení na SpO PAL v Heřmanicích

Léčení na SpO PAL v Heřmanicích	2009	2010	2011
- zařazených odsouzených do léčení	24	24	17
- léčení byla ukončena soudem nebo přeměněna z ústavní na ambulantní formu – vykonají po VTOS	27	24	
- ukončena pro neúčelnost			2
- vykonalo v celém rozsahu			8

Zdroj: Vězeňská služba ČR, speciální pedagog SpO Heřmanice, 2012

Graf 1: Léčení na SpO v Heřmanicích



Zdroj: Vězeňská služba ČR, speciální pedagog SpO Heřmanice, 2012

V roce 2009 bylo zařazených do léčení 24 odsouzených, v roce 2010 bylo zařazených do léčení 24 odsouzených, u 24 odsouzených byla léčení ukončena soudem nebo přeměněna, v roce 2011 bylo zařazených 17 odsouzených, u 2 ukončena léčení pro neúčelnost, 8 odsouzených vykonalo v celém rozsahu, v tomto roce (r. 2012) již neukončuje léčení soud, musí si odsouzený „dovykonat“ po VTOS.

3.1.9. Specializovaná oddělení pro výkon ochranných léčení v Opavě

Oddělení specializované pro výkon ochranných léčení bylo zřízeno k 1. červenci 1999 pro odsouzené ženy kategorií dohled, dozor a ostraha jako realizace úkolu ze Souboru protidrogových opatření ve výkonu vazby a výkonu trestu na léta 1998–2000. Od 1. června 2004 je léčebný program uplatňován i pro odsouzené muže kategorie dozor. Oddělení bylo rozšířeno o výkon ochranného léčení protialkoholního a léčení patologického hráčství s kapacitou 19 míst.

Programy zacházení pro odsouzené ženy všech kategorií jsou zpracovány tak, aby vyhovovaly a odpovídaly úrovni jejich vzdělání, sociálním schopnostem, pracovními návykům, dovednostem a životními zkušenostem. Zapojit se mohou jak do výchovně vzdělávacího programu a speciálně výchovných postupů, tak i do kolektivních činností. Oddělení má v současné době hlubší cíl, který souvisí s novými názory na smysl a funkci samotného trestu, ten má vězněným osobám

vytvořit podmínky pro jejich reintegraci a pozitivně působit na změnu jejich hodnotových schémat tak, aby u nich bylo minimalizováno riziko možné další kriminální recidivy. Naplňování tohoto cíle sleduje léčebně-výchovný program, jenž byl vypracován odborným týmem interních pracovníků opavské věznice, kteří využili dosavadních poznatků a zkušeností civilních i vězeňských léčebných zařízení u nás i v zahraničí. Přitom jsou respektovány osobnostní dispozice a cíle zacházení u jednotlivých odsouzených, a jejich náplň je průběžně aktualizována podle konkrétních fází komplexního působení na odsouzené. Časově je léčebně-výchovný program, uplatňovaný ve specializovaném oddělení, rozvržen na dobu 9 měsíců až 1 roku a vnitřně je členěn do tří částí.

V první, přijímací fázi, která trvá v průměru jeden měsíc, je každý klient vyšetřen postupně somatickým lékařem, psychiatrem, speciálním pedagogem, psychologem, vychovatelkou - terapeutkou a sociální pracovnící, a na základě výsledků vyšetření je pro něj terapeutickým týmem vypracován individuální PZ.

Ve druhé, intenzivní fázi, jejíž délka je šest až sedm měsíců, je klientům poskytována systematická psychiatrická a psychoterapeutická péče, detailně jsou zkoumány jejich psychické dispozice, hledají se souvislosti vzniku jejich alkoholové nebo drogové závislosti na sociálních, zdravotních či jiných negativních vlivech. Je využíváno celé široké škály speciálních terapeutických praktik od individuálních forem přes skupinovou psychoterapii ke komunitním terapeutickým postupům.

Úspěšné absolvování této fáze programu umožňuje řediteli věznice podat soudu návrh na změnu nebo zrušení ochranného léčení odsouzenému, pro něhož znamená současně i možnost postoupit do třetí, stabilizační fáze, která je závěrečnou etapou a jejímž cílem je upevnění těch pozitivních mechanismů, které byly u něj vytvořeny v předcházejících fázích včetně poskytnutí podpory před návratem do občanského života po ukončení výkonu trestu.

Uplatňovány jsou zde následující terapeuticko-výchovné aktivity:

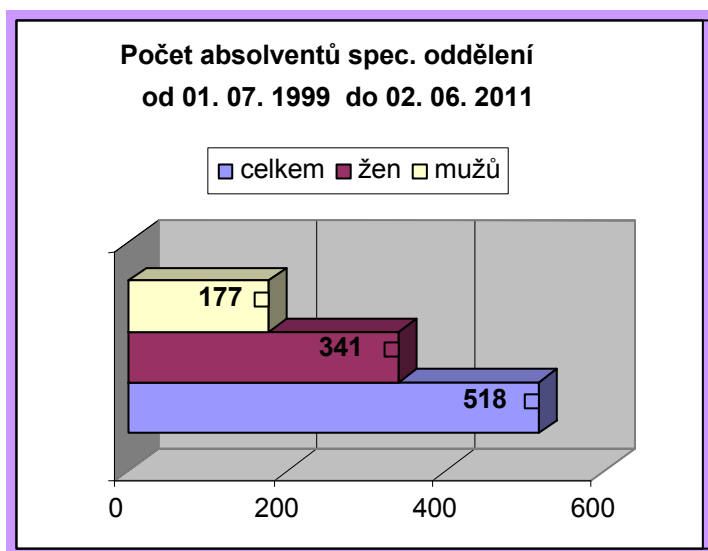
Terapeutické aktivity: skupinová a individuální psychoterapie, terapeutická komunita, arteterapie, biblioterapie, muzikoterapie, pracovní terapie, pastorační činnost, psychogymnastika, relaxační techniky, imaginace, meditace, jóga, poradenství (individuální, psychologické, psychiatrické, sociální).

Zájmové aktivity: kroužek šachový, hudební, výtvarný, rukodělný, zahradnický, keramický, společenských her, individuální zájmová činnost.

Sportovní aktivity: stolní tenis, kuželky, aerobik, posilování, vybíjená, minikopaná, nohejbal.

Vzdělávací aktivity: vzdělávání je prováděno pravidelně a systematicky, podílejí se na něm odborníci z Psychiatrické léčebny v Opavě, specialisté i vychovatelé a částečně participují vězeňský kaplan a řádová sestra.

Graf 2: Počet absolventů SpO od 01. 07. 1999 do 02. 06. 2011



Zdroj: Vězeňská služba ČR, statistická ročenka za rok 2011

Od 1. 7. 1999 do 02. 06. 2011 prošlo spec. oddělením pro výkon ochranných léčení v Opavě 341 odsouzených žen a 177 odsouzených mužů. Celkový počet odsouzených žen a mužů byl 518.

Tab. č. 5: Počet absolventů vých. programu a ukončení ústavního léčení v r. 2010

	Počet absolventů výchovného programu	Počet ukončení ústavního léčení
Muži	18	17
Ženy	41	8
Celkem	59	25

V průběhu roku 2010 nastoupilo k absolvování léčebně výchovného programu 59 odsouzených, z toho 18 ods. mužů a 41 ods. žen. V průběhu roku 2010 bylo ukončeno 8 ústavních ochranných léčení u ods. žen a 17 u ods. mužů.

3.1.10. Ochranné léčení sexuologické v Kuřimi

Jedinou věznicí ve VS ČR, kde se nachází specializované oddělení pro sexuální delikventy, je Věznice Kuřim. Toto oddělení bylo otevřeno v roce 1998

pro odsouzené s nařízeným ochranným sexuologickým léčením ústavní formou (eventuálně ambulantní) za sexuálně motivovaný trestný čin, je však určeno jen pro odsouzené umístěné do věznice s ostrahou a s trvalým pobytem na území České republiky (vzhledem k nadstandardní léčbě).

Weiss (2000) ve své publikaci uvádí, že jsou nebezpeční zejména ti muži, kteří splňují následující vlastnosti, a to přítomnost sexuální deviace, věk do 35 let (pedofilní deviant je ovšem nebezpečný doživotně), špatně fungující partnerský vztah, jeden nebo i více sexuálních deliktů v anamnéze, mentální defekt, psychopatická struktura osobnosti, závislost na alkoholu, abusus.

Výchozím odborným podkladem pro zahájení léčení je vyšetření lékařem specialistou s atestací z psychiatrie a sexuologie. Je uplatňována komplexní terapie, která spočívá v psychoterapeutickém vedení odsouzeného, a pokud odsouzený projeví souhlas, i farmakoterapeutický útlum hormonální aktivity. Navštěvují 8 speciálně výchovných aktivit, 12 vzdělávacích a 8 zájmových aktivit.

Tab. č. 6: Statistika SpO Věznice Kuřim

Odsouzení – Věznice Kuřim	2008–2012	2009	1999–2012
soudně nařízené sexuologické ochranné léčení	121	64	320
již bylo propuštěno z VT			257
došlo k recidivě sexuální trestné činnosti			22

Zdroj: Vězeňská služba ČR, Věznice Kuřim, 2012.

Dle zjištěných dat můžeme konstatovat, že za posledních pět let prošlo specializovaným oddělením se soudně nařízeným ochranným sexuologickým léčením ve Věznici Kuřim 121 odsouzených mužů. Za rok 2009 prošlo oddělením 64 odsouzených. Za 14 let existence oddělení prošlo a prochází celkem 320 odsouzených s nařízeným ochranným léčením sexuologickým. Z nich bylo již 257 odsouzených propuštěno z výkonu trestu. K recidivě sexuální trestné činnosti došlo u 22 osob, tedy u 8,56 % již propuštěných sexuálních deviantů.

3.2. Zabezpečovací detence

Institut **zabezpečovací detence** byl přijat do skupiny ochranných opatření nedávno. Stalo se tak v roce 2009, kdy vstoupil v účinnost zákon č. 129/2008 Sb., o výkonu zabezpečovací detence a změně některých zákonů.

Soud uloží zabezpečovací detenci v případě, že upustí od potrestání

i tehdy, jestliže pachatel spáchal zločin ve stavu zmenšené přičetnosti nebo ve stavu vyvolaném duševní poruchou, a nelze přitom očekávat, že by uložené ochranné léčení s přihlédnutím k povaze duševní poruchy a možnostem působení na pachatele vedlo k dostatečné ochraně společnosti, a soud má za to, že zabezpečovací detence, kterou pachateli zároveň ukládá, zajistí ochranu společnosti lépe než trest (§ 47 odst. 2 tr. zák.), nebo jestliže pachatel činu jinak trestného, který by naplňoval znaky zvláště závažného zločinu, není pro nepřičetnost trestně odpovědný, 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 ochraně společnosti.

Soud 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 vedlo k dostatečné ochraně společnosti. Pachatel, který se oddává zneužívání návykové látky, znovu spáchal závažný zločin, ač již byl pro zvláště závažný zločin spáchaný pod vlivem návykové látky nebo v souvislosti s jejím zneužíváním odsouzen k nepodmíněnému trestu nejméně na dvě léta, a nelze očekávat, že by bylo možné dosáhnout uložením ochranného léčení ochrany společnosti, a to i s přihlédnutím k již projevenému postoji pachatele k ochrannému léčení.

Zabezpečovací detenci může soud změnit dodatečně na ústavní ochranné léčení, pominou-li důvody, pro něž byla uložena, a jsou splněny podmínky pro ústavní ochranné léčení. Od výkonu zabezpečovací detence soud upustí, pominou-li před jejím započítáním okolnosti, pro něž byla uložena. Zabezpečovací detence stojí na pomezí ochranného léčení a trestu odnětí svobody.

3.3. Zabrání věci nebo jiné majetkové hodnoty

Pokud nebyl uložen trest propadnutí věci nebo jiné majetkové hodnoty, může soud uložit (§ 101 odst. 1 tr. zák.), že se ***taková věc nebo jiná majetková hodnota zabírá***

- náleží-li pachateli, kterého nelze stíhat nebo odsoudit,
- náleží-li pachateli, od jehož potrestání soud upustil, nebo
- ohrožuje-li bezpečnost lidí nebo majetku, popřípadě společnosti, anebo hrozí nebezpečí, že bude sloužit ke spáchání zločinu.

Soud může uložit i zabrání věci nebo jiné majetkové hodnoty v případě, že je, byť nikoli bezprostředním, výnosem trestného činu, zejména:

- byla věc nebo jiná majetková hodnota získána trestným činem nebo jako odměna za něj a nenáleží pachateli,
- byla věc nebo jiná majetková hodnota nabyta jinou osobou než pachatelem, byť jen zčásti, za věc nebo jinou majetkovou hodnotu, která byla získána trestným činem nebo jako odměna za něj, pokud hodnota věci nebo jiné majetkové hodnoty, která byla získána trestným činem nebo jako odměna za něj, není ve vztahu k hodnotě nabyté věci nebo jiné majetkové hodnoty zanedbatelná, nebo
- byla věc nebo jiná majetková hodnota nabyta jinou osobou než pachatelem, byť jen zčásti, za věc nebo jinou majetkovou hodnotu, kterou pachatel, byť jen zčásti, nabyl za věc nebo jinou majetkovou hodnotu, která byla získána trestným činem nebo jako odměna za něj, pokud hodnota věci nebo jiné majetkové hodnoty, která byla získána trestným činem nebo jako odměna za něj, není ve vztahu k hodnotě nabyté věci nebo jiné majetkové hodnoty zanedbatelná.

Soud může místo zabrání věci nebo jiné majetkové hodnoty uložit povinnost pozměnit věc nebo jinou majetkovou hodnotu (§ 101 odst. 4 tr. zák.) tak, aby jí nebylo možné použít ke společensky nebezpečnému účelu, odstranit určité zařízení, odstranit její označení nebo provést její změnu, nebo omezit dispozice s věcí nebo jinou majetkovou hodnotou, a stanoví k tomu přiměřenou lhůtu.

3.4. Ochranná výchova

Ukládání ochranné výchovy je upraveno v zákoně č. 218/2003 Sb., o soudnictví ve věcech mládeže, ve znění pozdějších předpisů. Ochranná výchova je jediné ochranné opatření, které lze uložit jen mladistvému a dítěti mladšímu patnácti let, pokud se dopustí činu jinak trestného. Účelem ochranné výchovy je příznivě ovlivnit duševní, mravní a sociální vývoj mladistvého a chránit společnost před pácháním provinění mladistvými.

Ochrannou výchovu soud uloží v případě, že nebylo o výchovu mladistvého náležitě postaráno, byla dosud zanedbávána, soud má za to, že prostředí, ve kterém mladistvý žije, není zárukou náležité výchovy. Soud může

uložit ochrannou výchovu mladistvému pouze v případě, že nepostačuje uložení některého z výchovných opatření uvedených v § 15 až § 20 zákona o soudnictví ve věcech mládeže, tzn. dohledu probačního úředníka, probačního programu, výchovných povinností, výchovných omezení nebo napomenutí s výstrahou. Teprve v případě, že tato výchovná opatření, která méně zasahují a omezují osobní svobodu mladistvého, nejsou dostačující, může soud uložit mladistvému ochrannou výchovu.

Je potřeba zdůraznit, že ochranná výchova a ústavní výchova není tentýž institut, cílem ústavní výchovy je nahrazení špatného, či chybějícího výchovného prostředí, zatímco uložení ochranné výchovy je reakcí na spáchání protiprávního činu mladistvým či dítětem. Jeho účelem je příznivě ovlivnit další vývoj takového pachatele, ale i chránit společnost před možností spáchání dalších provinění (Zeman, Diblíková, Kotulan & Vlach, 2009).

Místo výkonu tohoto opatření náleží rozhodnutí soudu (§ 5 odst. 1 zák. č. 109/ 2002 Sb.)⁸, který dítě umístí nejprve do diagnostického ústavu, kde dojde ke komplexnímu vyšetření stavu dítěte, na jehož základě se pak rozhoduje o přeřazení buď do dětského domova se školou či do výchovného ústavu. Speciálními školskými zařízeními pro výkon ochranné výchovy jsou: diagnostický ústav, dětský domov, dětský domov se školou a výchovný ústav. Uvedená zařízení poskytují péči jinak poskytovanou rodiči nebo jinými osobami, kterým bylo dítě svěřeno do výchovy rozhodnutím příslušného orgánu, dětem s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou.

Mravčík et al. (2010, s. 21) uvádí že: *„Základním nástrojem pro realizaci prevence ve školách je minimální preventivní program (MPP), který je pro školy závazný, rámcově jej definuje MŠMT a podléhá kontrole České školní inspekce. MPP je zaměřen na podporu zdravého životního stylu a prevenci všech forem rizikového chování včetně prevence užívání návykových látek. Realizaci MPP na škole zajišťuje školní metodik prevence ve spolupráci s dalšími pedagogy. Součástí MPP je i práce s rodiči a vzdělávání pedagogů. Školy realizují tento program samy nebo ho doplňují o programy externích subjektů včetně nestátních neziskových organizací.“*

⁸ Zákon č. 383/2005 Sb. ze dne 19. srpna 2005, kterým se mění zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

4. Výzkumná část

4.1. Cíl výzkumu

Cílem výzkumné části je analýza výkonu ochranného léčení ve věznicích v ČR a přehledu komplexních služeb, které se poskytují v odděleních výkonu ochranného léčení protitoxikomanického, protialkoholního a patologického hráčství a sexuologického ochranného léčení. Důraz je kladen na současný stav realizace výkonu ochranného léčení, vzhledem ke změně zdravotních předpisů, a terapeutické zacházení v jednotlivých specializovaných odděleních.

Hlavní výzkumné otázky:

Jaká je současná situace realizace výkonu ochranného léčení protitoxikomanického, protialkoholního a patologického hráčství a sexuologického v podmínkách Vězeňské služby ČR?

Jaká jsou specifika terapeutického zacházení s klienty ve specializovaných odděleních s nařízeným ochranným léčením v podmínkách českého vězeňského systému?

4.2. Metodologie výzkumu

Jako způsob zkoumání dané problematiky byl zvolen kvalitativní přístup, kde není hlavní testování hypotéz, ale snaha nalézt určité motivy a důvody, které stojí za určitým jednáním, snaha o všestranný, intenzivní a podrobný popis konkrétního případu či události. Opírá se o záměrný výběr zkoumaného objektu, zkoumá jeho jedinečnost, ale v kontextu ostatních dat, získaná data se induktivně analyzují a interpretují. V centru zájmu tohoto výzkumu stojí lidé v roli odborníků na danou oblast, jejich názory chceme poznat a porozumět jim, což odpovídá strategii kvalitativního myšlení (Miovský, 2006).

Cílový soubor byl vybrán tzv. prostým záměrným výběrem, kdy byli potenciální respondenti osloveni telefonicky. Z těch, kteří projevíli zájem, byl vybrán výzkumný vzorek, a provedeny rozhovory formou telefonního interview. Účastníci výzkumu byli informováni o tom, kdo a za jakým účelem bude mít přístup k získaným informacím, a na zachování anonymity. Rozhovory byly pořizovány během měsíce května, a to dobrovolně, bez nároku na finanční odměnu. Následně byla data fixována na záznamový arch, kvalitativní analýza dat byla provedena deskriptivním přístupem (Miovský, 2006).

Miovský (2006, s. 136) uvádí, že „*prostý záměrný výběr představuje nejjednodušší variantu metody záměrného výběru. Spočívá v tom, že bez uplatnění dalších specifických metod či strategií vybíráme mezi potenciálními účastníky výzkumu toho, který je pro účast ve výzkumu vhodný a současně s ní také souhlasí.*“

K řešení výzkumného úkolu byly použity tyto výzkumné metody:

- sběr dat, studium odborné literatury, právních předpisů a dokumentů,
- analýza dokumentů, kterou chápeme jako analýzu materiálu, který je zdrojem informací relevantních cílům výzkumu,
- telefonní interview, které má své nesporné výhody, především nízké náklady, šanci získat pro výzkum data od osob, které by z různých důvodů nevyjádřily tak své názory, a v neposlední řadě ochrana výzkumníka.

Miovský (2006, s. 99) uvádí, že „*analýza dokumentů má za účel zpracovávat materiál, který nemusí (ale může) být vytvořen výzkumníkem v procesu výzkumu, který již existuje, a výzkumník většinou pouze podle svého výzkumného cíle (a definovaných výzkumných otázek) materiál vybírá, provádí selekci, případně různé úpravy atd.*“

Sturgessová a Hanrahanová (2004) poukazují na fakt, že u témat, která jsou citlivá tím, že se při nich účastník cítí trapně, může užitím telefonního interview dojít ke zlepšení kvality dat ve srovnání s klasickým interview. Naopak u témat, která jsou emočně bolestivá a těžká, se jeví výhodnější užití metody interview tváří v tvář. Reflektují také na fakt, že při telefonním interview nemáme možnost sledovat neverbální podněty a reagovat na ně.

4.3. Etické aspekty

Všichni respondenti výzkumu byli řádně informováni o tématu, účelu a smyslu výzkumu, dobrovolné účasti na výzkumu (udělení souhlasu), fixaci interview, výzkumné anonymitě, možnosti vzít souhlas s fixací i poskytnutím anonymních dat zpět.

4.4. Popis výzkumného souboru

Cílový soubor tvořilo pět terapeutů specializovaných oddělení výkonu ochranného léčení, kteří byli telefonicky osloveni ke kontaktu. Po profesní stránce se jednalo o psychology, speciální pedagogy a vychovatele.

5. Analýza a interpretace zjištěných dat

Po profesní stránce se jednalo o jednoho vychovatele, dva psychology a 2 speciální pedagogy. V oboru léčby závislostí pracovali dotazovaní 12 let, 10 let, 7 let, 8 let a 5 let. Pro názornost připojujeme tabulku:

Tab. č. 7: Terapeutický pracovníci spec. oddělení výkonu ochranných léčení

Respondenti	Pohlaví	Profese	Délka praxe
Respondent 1	muž	psycholog	10 let
Respondent 2	žena	speciální pedagožka	8 let
Respondent 3	muž	vychovatel	12 let
Respondent 4	muž	speciální pedagog	5 let
Respondent 5	žena	psycholožka	7 let

5.1. Vyhodnocení rozhovorů

Otázka č. 1: Jaká je současná situace realizace výkonu ochranného léčení protitoxikomanického, protialkoholního a patologické hráčství a sexuologického v podmínkách Vězeňské služby ČR?

Odpovědi na tuto otázku se mezi respondenty výrazně nelišily. Uvádějí, že jde o soudem uložené ochranné opatření, vykonávané ústavní nebo ambulantní formou. Pokud byl současně uložen trest odnětí svobody, ochranné léčení se vykonává zpravidla po nástupu výkonu trestu ve věznici.

Respondent 1 upozorňuje na fakt, že *„podle zákona je věznice povinna zahájit ochranné léčení co nejdříve, pokud nebylo vykonáno před nástupem trestu a věznice má vhodné podmínky.“* Některým respondentům nečinilo žádné problémy se kriticky vyjádřit, že situace kolem ochranného léčení ve výkonu trestu je nejednotná. Tak např. respondent 5 uvádí, že *„situace kolem ochranného léčení v trestu je řadu let nepřehledná, nejasná, spíše naopak,“* stejný názor potvrzuje i respondent 3 a dodává: *„smutné je, že se na těchto komplikacích dle neoficiálních informací značnou mírou podílí samotný zdravotní odbor GŘ VS, se svými „utkvělými představami“....* Respondent 4 dodává, že *„ani zákon o specifických zdravotních službách tuto situaci nijak nezjednodušil, tedy nic nevyjasnil, nesladil s ostatními zákony.“* Zbylí respondenti (1, 2) poukazují na fakt, že *„různé zákony si protiřečí, přičemž nejednotný postoj mají i soudy.“*

Respondenti 2 a 3 poukázali na pozastavení léčby z legislativních důvodů, a na to, že léčbu během výkonu trestu soud neukončuje ani nepřeměňuje, vše se děje až po ukončení trestu. Dále uvádějí, že *„proběhly diskuse, zda ústavní či ambulantní formou by v trestu s ohledem na zákon o zdravotních službách a trestní zákon bylo možno léčbu provádět“*, respondent 4 dodává: *„...měla proběhnout novelizace do konce roku 2011, to se však nestalo.“*

Nejproblematictější vnímali všichni respondenti situaci kolem podmínek poskytování ústavního ochranného léčení, které ve smyslu zdravotnických předpisů znamená poskytování zdravotní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení, tedy formou hospitalizace. Respondenti 2 a 3 uvádějí, že *„na základě stanoviska Zdravotního odboru generálního ředitelství došlo ve všech věznicích k narovnání statutu léčeben, ústavní léčení lze realizovat pouze ve zdravotnických zařízeních s lůžkovou kapacitou daného zařízení a s obsazením příslušným odborným a zdravotním personálem po 24h/denně, za dodržení standardů léčení.“* Respondent 4 uvádí, že *„je to nesmyslná utopie, nesežene se dostatek lékařů a odborného personálu, ani peníze na ně,“* respondent 5 dodává: *„Navíc u hospitalizovaných pacientů na zdravotnických lůžkách vzniká myslím po roce nárok na přiznání invalidních důchodů, což by celý systém léčení ještě více prodražilo.“* Respondenti poukazují na institucionální invalidizaci bez reálného zdravotního důvodu. Pro průběh terapeutického ovlivňování je zcela jedno, na jaké posteli v noci odsouzený spí (resp. 2, 3, 5), a současně respondenti (1, 4, 5) poukazují na to, že *„v podmínkách výkonu trestu není ústavní forma ochranného léčení podstatná, ochrana společnosti je zabezpečena pobytem odsouzeného v trestu a zdravotní stav pobyt na lůžku zpravidla nevyžaduje.“*

Respondenti 1 a 4 potvrdili, že *„současné léčení ve specializovaných odděleních v rámci svých zdravotnických zařízení jsou oprávněny realizovat pouze ambulantní formou tzv. denního stacionáře,“* respondenti 2 a 3 dodávají: *„...takže ochranné léčení není nařizováno, odsouzení jsou zde umísťováni na základě vlastní žádosti.“* Respondent 5 zdůrazňuje: *„V současné době odsouzený do léčby vstupuje dobrovolně, následně probíhá komunikace se zařízením, kam má po výkonu trestu nastoupit a toto je mu zohledňováno, většinou je výrazně zkrácená doba léčby po VTOS.“* Respondenti 2 a 3 doplňují: *„Z těchto příčin byly sníženy i počty odsouzených, kteří léčbu vykonali, proti minulosti a motivace velice klesá.“*

Respondenti 1 a 5 poukazují také na fakt, že *„cílem oddělení byla přeměna nařízeného léčení ústavní formou na ambulantní, byla to hlavní motivace odsouzených, kteří si tak mohli prodělat léčení v rámci trestu a nemuseli ji nastupovat později.“* Respondent 3 dodává *„... byly ušetřeny peníze vynakládané na léčení v rámci psychiatrických léčeben a i pro odsouzené byl zájem na sobě pracovat a získat náhled na drogovou závislost.“* Respondenti 2 a 4 doplňují: *„... tato možnost tím, že nelze provádět v rámci trestu ústavní léčení, skončila.“*

Závěrem dále respondenti 1 a 2 upozorňují na to, že *„praxe soudů je nejednotná v případě nařizování ochranného léčení, je nařizováno buď konkrétnímu zdravotnickému zařízení Vězeňské služby nebo zdravotnickému zařízení konkrétní věznice, v níž je odsouzený v době nařizování umístěn. Při každém přemístění odsouzeného pak z podnětu Vězeňské služby musí docházet ke změně nařízení ochranného léčení, což vede ke zbytečnému zatěžování soudů.“*

Otázka č. 2: Jaká jsou specifika terapeutického zacházení s klienty ve specializovaných odděleních s nařízeným ochranným léčením v podmínkách českého vězeňského systému?

U této otázky se dotazovaní respondenti jednomyslně shodli, že specifikum práce s klienty s nařízením ochranným léčením, je právě její nesnadnost z důvodů nízké motivace k léčbě ze strany odsouzených.

Všichni respondenti potvrdili, že *„je velmi důležitá motivace k uskutečnění změny a na jejím utváření a posilování vzniká významný úkol.“* Respondenti 1 a 5 se vyjadřovali v tom smyslu, že *„... pro úspěšnost výchovného působení je důležité posouzení klienta, zda je schopen změnit chování tak, aby bylo společensky akceptovatelné,“* respondent 3 dodává *„... zda je ochoten přistoupit ke změně svého chování.“*

Respondenti 2 a 4 poukazují na fakt, že *„provádění převýchovných programů s odsouzenými probíhá pomocí programu zacházení, který je vnímán jako základní prostředek komplexního působení na odsouzeného.“* Respondenti 1, 3, 5 doplňují: *„...programy zacházení jsou zpracovány tak, aby vyhovovaly a odpovídaly vzdělání klientů, jejich sociálním schopnostem, pracovním návykům, dovednostem a životním zkušenostem.“*

Specializovaná oddělení mají hlubší cíl, který úzce souvisí s novými názory na smysl a funkci samotného trestu, ten má vězněným osobám vytvořit podmínky pro jejich úspěšnou reintegraci a pozitivně působit na změnu jejich hodnot tak, aby u nich bylo minimalizováno riziko další kriminální recidivy. Respondenti 2 a 4 uvádějí, že: *„Naplňování tohoto cíle sleduje léčebně-výchovný program, který je vypracováván odborníky z řad pracovníků věznice,“* respondenti 1 a 5 doplňují: *„... kteří je aplikovali na specifické podmínky věznice.“* Pracovníci oddělení se účastní odborných stáží, konferencí a seminářů k tématice prevence a terapie závislostí, a to umožňuje, že *„činnost specializovaných oddělení si udržuje standardní úroveň a terapeutický program je průběžně aktualizován a zkvalitňován,“* doplňuje respondent 3.

Respondenti 2 a 5 poukazují na skutečnost, že: *„Psychoterapeutické působení na odsouzené vychází z různých terapeutických škol a představuje široké spektrum aktivit terapeutického charakteru,“* respondent 3 doplňuje *„... poradenství, režimová léčba, individuální a skupinovou psychoterapii, práci s rodinou,“* respondent 5 doplňuje *„...terapeutická komunita, pracovní terapie, relaxační techniky, psychologické, psychiatrické, sociální poradenství,“* respondent 4 doplňuje *„... kroužek rukodělný, ručních prací, keramický, naučné kvízy, přednášky s protialkoholní a protitoxikomanickou tematikou,“* respondenti 1 a 2 doplňují *„... přednášky se sociální a právní tematikou, výpovědi o sobě a prožitém dnu, které čte jen psycholog, tzv. deníky.“*

Dále respondenti 1, 2, 4 uvádějí, že: *„... realizace programů zacházení zaznamenala značný pokrok, který spočívá v rozšíření celkové nabídky pracovních, vzdělávacích a speciálně výchovných aktivit,“* respondent 5 doplňuje, že *„je diferencovaná podle typu věznice, skupin a hlavně daného typu oddělení, kde je vězněný umístěn.“* Všichni respondenti poukazují též na skutečnost, že: *„Cílem léčení klientů v ochranném léčení je reintegrace, na rozdíl od výkonu trestu, kde smyslem je především odčinění deliktu.“*

Některým respondentům nečinilo žádný problém vyjádřit kritický názor k okolnostem, že situace kolem ochranného léčení ve výkonu trestu je delší dobu nepřehledná, nejasná. A ani nový zákon o specifických zdravotních službách tuto situaci nezjednodušil, nevyjasnil ani nesladil s ostatními zákony, takže různé zákony si protirečí. Trvá situace, kdy podle někoho to ochranné léčení je, podle

jiného není, přičemž tento nejednotný postoj mají i různé soudy. Kritika směřovala přímo i na generální ředitelství na samotný zdravotní odbor.

Podle odpovědi dotazovaných respondentů bylo zjištěno, že vězeňská služba v současné době nemá vytvořeny podmínky pro poskytování ústavního ochranného léčení, což ve smyslu zdravotnických předpisů znamená poskytování zdravotní péče formou hospitalizace ve zdravotnickém zařízení vězeňské služby. Respondenti poukazují na fakt, že v podmínkách vězeňské služby by léčení muselo být poskytováno pouze v Nemocnici s ambulantními službami VS ČR při Vazební věznici a ústavu pro výkon zabezpečovací detence, což není s ohledem na lůžkovou kapacitu psychiatrického oddělení a personální zajištění možné.

Respondenti dále poukazují na fakt, že závislí s nařízenou léčbou jsou k abstinenci motivováni jen formálně, pod tlakem represe a ne z vlastního přesvědčení, což může znesnadnit úvod do léčení.

Oslovení respondenti se shodují, že náplní jejich činnosti je pomoci nalézt odsouzeným východiska z životního stereotypu vedoucího v důsledku jejich závislosti k asociálnímu jednání nebo kriminálním deliktům. K tomu slouží hlavně terapeuticko-výchovný program, který je zaměřen na vybudování kvalitativně nového životního stylu, jehož základem je hodnotový systém založený na společensky pozitivních etických normách. Tento program je tvořen vedle speciálního psychiatrického a psychoterapeutického působení na odsouzené také aktivitami, které jim poskytují příklady možností jak smysluplně např. bez drogy a alkoholu naplnit volný čas.⁹

Jak uvádějí respondenti psychoterapeutické působení představuje spektrum aktivit terapeutického charakteru, např. poradenství, práci s rodinou, individuální psychoterapii, skupinovou psychoterapii atd. Nezastupitelnou úlohu představují režimová léčení. Můžeme konstatovat, že absolvování léčby by mohlo být účinné, pokud se podaří léčeného motivovat a získat ho pro spolupráci. Dle názorů všech respondentů se jako hlavní cíl jeví zvládnutí psychické poruchy, získání náhledu na své jednání a adaptování se na takový způsob života, v němž budou omezeny možnosti recidivy patologického delikventního jednání.

⁹ V příloze C bakalářské práce jsou fotografie z keramické dílny, výrobky odsouzených, fotografie ze skupinové terapie, divadelního kroužku, příklady vhodně naplněného volného času klientů.

6. Diskuze a závěr

Cílem této výzkumné sondy bylo odpovědět na otázky, jak probíhá výkon ochranného léčení v podmínkách českého vězeňského systému, zejména jeho současný stav, a jaké je terapeutické zacházení s klienty ve specializovaných odděleních výkonu ochranného léčení, zejména význam aktivit zacházení v procesu reintegrace odsouzených do intaktní společnosti.

Získané výstupy k těmto otázkám se vyznačují výraznou jednorodostí na současnou situaci ohledně realizace nařízeného ochranného léčení. Vězeňská služba může poskytovat po nástupu výkonu trestu odnětí svobody pouze ambulantní ochranné léčení. Pro odsouzené to značí realizování ambulantního léčení formou tzv. denního stacionáře ve svých specializovaných odděleních, samozřejmě se může odsouzený dobrovolně přihlásit k léčení (motivování bez nařízeného léčení).

Procháska a DiClemente (1992) uvádějí, že v adiktologické praxi bývá někdy sporné, ve které fázi motivačního cyklu změny se jedinec nachází (za produktivní bývá považováno alespoň dosažení determinačního stadia) a kdy indikovat léčbu a v jakém rozsahu.

Léčebně výchovný program ve specializovaném oddělení zahrnuje i práci s vinou závislých, detailní pomoci v začlenění se zpět do společnosti, vytváření rovnocenného prostředí všem trestaným, což není v možnostech léčení na svobodě v léčebně. Působením výchovné funkce se u odsouzených vytvářejí předpoklady pro život občana ve společnosti, je to proces získávání, rozvíjení vědomostí, schopností, sociálních dovedností, schopnosti žít jako občan a plnit základní povinnosti společensky akceptovatelným způsobem. Zásadu sociální reintegrace se daří příznivěji naplňovat u klientů, kteří mají sociální zázemí.

Je zřejmé, že určitý stupeň závislosti na ústavním zařízení si odnesou všichni propuštění na svobodu. Někteří klienti si jsou toho vědomi a mají snahu ještě během pobytu v ústavním zařízení eliminovat obtíže s touto závislostí spojené. Využívají k tomu činnosti a aktivity, které se jim nabízejí. Ti klienti, kteří mají iniciativní přístup, mají větší šanci na zvládnutí soběstačnosti než ti propuštění, kteří pasivně očekávají návrat na svobodu a pak jsou zaskočeni nutností samostatnosti, proto je důležitá následná péče.

Kalina a kol. (2008) uvádí, že velmi důležité je mít na zřeteli hlavní cíl následné péče, což je postupné rozvolňování vazeb klienta na daný program. Každý program následné péče musí budovat kvalitní síť odborníků na problémové oblasti svých klientů. Jasným cílem je integrace závislého do podmínek normálního života, které je ukryto v multidisciplinárním působení.

Kalina a kol. (2008, s. 221) uvádí: *„Nyní má závislý před sebou těžký krok, vytvořit si podmínky pro svoji abstinenci. To je asi základní otázka následné péče a celkového výsledku léčby závislosti.“*

Klient odchází z léčení a má často nereálnou představu, léčebné programy vytvářejí „mikrosvěty,“ které se často podílejí na utváření falešného sebevědomí klienta. Vzniká propast, která ztěžuje dokončení procesu integrace klienta do intaktního života. Obrazně řečeno, přechod z léčení do následné péče by měl být pro závislého vývojovým krokem vpřed v jeho procesu uzdravení (Kuda, 2000).

V případě následné péče je ústředním tématem podpůrná psychoterapie zaměřena na stabilizaci klientovy emotivity. Vhodný terapeut pozná v následné péči, kde je mez, jejíž překročení by mohlo být kontraproduktivní. Z toho vyplývá, že pro klientovu stabilitu je vhodné volit, která témata jsou spojena s aktuální podporou abstinence a sociální stabilizací a která přesahují rámec.

Častým dotazem pracovníků v represivních složkách je, jaký volit postup, když klient není motivován pro léčbu, má cenu s ním pracovat? V tomto ohledu je problematická situace v českých věznicích, kde absolutně chybí nabídka služeb harm reduction (Kalina, 2008).

Reintegrace osob propuštěných z ochranného léčení může být úspěšná hlavně za předpokladu jejich aktivního přístupu. I při opakovaných pobytech v ústavním zařízení je žádoucí a účelné na tyto osoby terapeuticky působit. Jak je patrné, může být reintegrační snaha terapeutů přijata až po několikerém opakovaném a marném snažení. Motivace k léčení ze strany klienta je zásadním faktorem úspěšného léčení. Přesto, že není vždy v možnostech směřovat pacienta k uzdravě ze závislosti na návykových látkách, rozhodně se nedá říct, že by postrádalo jakýkoliv smysl.

Za největší nedostatek programů zacházení je považován především nízký počet kvalifikovaného personálu, jež by se odsouzeným mohl plně věnovat, nedostatek finančních prostředků k nakoupení materiálů, pomůcek atd. Samotní pracovníci přitom přicházejí s návrhy na uskutečňování nových projektů, ať už

v oblasti pracovních či vzdělávacích aktivit, které by umožnili lepší uplatnění odsouzených na trhu práce i po propuštění. Pozornost by se pak měla věnovat nejen podmínkám zabezpečení léčebných zařízení, aby tak nedocházelo k hrubému porušení režimu oddělení, ale i zavedení jednotného léčebného postupu, který by byl při práci s pacienty s nařízeným ochranným léčením aplikován. Tak jak chybí peníze ve všech ostatních oblastech, chybí pochopitelně také ve vězeňství.

Na druhé straně je třeba podotknout, že efektivnost realizovaného programu, a tím i výsledků práce specializovaného oddělení, prokazovala setkání přeléčených odsouzených s personálem a stávající klientelou oddělení, která jsou pravidelně konána. Osloveni a pozváni jsou všichni, kteří absolvovali celé léčení, a podle svých možností se dostavují buď osobně, nebo vrátí vyplněný anketní lístek mapující jejich abstinenci. Setkání mají svůj nezastupitelný význam pro stávající klientelu specializovaného oddělení, pro kterou představují motivaci k léčbě a zároveň jsou i nadějí a příkladem toho, že abstinovat lze.

Hlavní výstupy, které tato sonda přináší jsou:

- 1) Nutnost vytvoření dalších právních předpisů a léčebných standardů, které by upřesňovaly výkon ochranného léčení, především ústavního.
- 2) Spolupráce se soudy při ukládání ochranného léčení, které má být vykonáváno během výkonu trestu ve zdravotnickém zařízení vězeňské služby, a to aby bylo ukládáno pouze ambulantní ochranné léčení v souladu s možnostmi vězeňské služby. Hlavně, aby nebylo nařizováno organizačním jednotkám, které nemají právní subjektivitu, ale VS ČR, která je současně zdravotnickým zařízením.
- 3) Při propouštění vězňů včas nařizovat a určovat zdravotnická zařízení, která v léčení započatém ve věznici budou pokračovat, důvodem je skutečnost, že v průběhu výkonu trestu nelze ochranné léčení ukončit, neboť nelze realizovat ověřovací fázi a ověřit výsledky léčení.
- 4) Zvýšit počet kvalifikovaného personálu ve specializovaných odděleních ochranného léčení, je nutno vzít v potaz tabulkové obsazení specialistů a jejich počet, schopnosti, erudovanost a zkušenosti. Zákonitě se zde promítá i kvalita a kvalifikace terapeutů, přímých garantů a realizátorů PZ.

Závěrem lze konstatovat, že situace v českém vězeňství se za posledních 20let výrazně reformovala. Důležitou změnou bylo zavedení specializovaných oddělení, určených pro speciální způsoby zacházení s vybranými skupinami odsouzených, v neposlední řadě jsou to právě odsouzení s nařízeným ochranným léčením protitoxikomanickým, protialkoholním a patologického hráčství.

U těchto specifických kategorií odsouzených jsou vypracovány programy zacházení, které jsou přizpůsobeny jejich zvláštnostem a individuálním potřebám. Základem činnosti každého specializovaného oddělení je kvalitní týmová práce terapeutů. Rozhodující pro úspěšnou reintegraci se jeví postoje odsouzeného k sobě samému, postoj k trestnému činu, pocit viny a motivace ke změně. Psychoterapie a další terapie jsou pak, vedle psychiatricko-medicínského působení, jedním ze zdrojů, které mohou klienta přivést ke změně motivace.

Problematika výkonu ochranného léčení v České republice stále nabízí prostor pro vědecké bádání. Vzhledem k tomu, že je tento druh léčení nařizován a financován státem, byl kromě trestněprávních předpisů vydán jediný právní předpis upravující jeho výkon (zákon č. 373/2011 o specifických zdravotních službách, část týkající se ochranného léčení) v rovině právního vymezení. Bohužel na úrovni léčebné péče o klienty v ochranném léčení, standardy chybí dodnes.

Trend ukládat ochranné opatření slábne, stále se ale dotýká desítek osob, kterým vstupuje do života a přináší často značná omezení. Proto by měl být odbornou veřejností vyvíjen tlak na odstranění nedostatků, které toto ochranné opatření v současné době provází. Naše současná společnost stírá rozdíly v působení jednotlivých institucí v sociální politice a není tedy důležité, kdo ji prosazuje nebo provozuje. Podstatné je, jaké a čí zájmy sociální společnost sleduje, kdo tuto činnost zabezpečuje, kdo hradí náklady a zda je původního záměru dosahováno efektivně.

Nemůžeme si dělat iluze, že poskytování reintegrační péče proti vůli osob, k nimž směřuje, vede vždy k pozitivním výsledkům. Na druhou stranu není možné očekávat, že se sami aktivně přihlásí z touhy po pozitivní změně. Je společensky žádoucí nabízet osobám v ústavních zařízeních příležitosti a vytvářet jim podmínky směřující k sociálnímu začlenění a to i opakovaně. Pro společnost i jedince je takový, byť i částečný, úspěch vždy přínosnější nežli další pobyt v ústavním zařízení.

Seznam odborné literatury a zdrojů

BAJCURA, L. *Vězeňská služba nezapomíná, že objektem její činnosti je člověk.* In *České vězeňství*, č. 5/2006. s. 3. Praha : Vězeňská služba ČR, 2006. ISSN 1213-9297.

BAJCURA, L. *Základní penologické informace : Interní studijní text.* Praha : 2010 (nepublikovaný studijní materiál). Dostupné na www.penol.ic.cz.

ČERNÍKOVÁ, V., MAKARIUSOVÁ, V., SEDLÁČEK, V. *Sociální ochrana.* Praha : Policejní akademie České republiky, 1998. ISBN 80-85981-97.

FISCHER, S. *Etopedie v penitenciární praxi.* Ústí nad Labem : Acta Universitatis Purkynianae, 2006. ISBN 80-7044-772-9.

HÁLA, J. *Úvod do teorie a praxe vězeňství.* České Budějovice : Vysoká škola evropských a regionálních studií, 2005. 183 s. ISBN 80-86708-05-5.

JELÍNEK, J. et al. *Trestní právo hmotné.* 2. vydání. Praha : Leges, 2010.

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

KRAUS, B., HRONCOVÁ, J., a kol. *Sociální patologie.* Hradec Králové : Gaudeamus, 2007. 326 s. ISBN 978-80-7041-896-3.

KUDA, A. *Následná péče.* In Nováková, D., et al. *Drogy ze všech stran II.* Praha : Institut Filia, 2000.

KUDRLE, S. *Některé medicínské a psychologické aspekty řešení problematiky trestního postihu osob užívajících drogy.* Část druhá, kap. I, *Filosofie nucené odvykací léčby v kontextu nové trestněprávní úpravy.* 2002.

LYONS, L. *Historie trestu. Justiční tresty od dávných dob po současnost.* Praha : Svojtka & Co., 2004. ISBN 80-7352-021-4.

MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., a kol. *Výchova ke zdraví.* 1. vyd. České Budějovice : PROTISK, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-247-2715-8.

MAREŠOVÁ, A., NEČADA, V., SLUKOVÁ, K., a kol. *Drogy a česká vězeňská populace v kontextu drogové scény a trestněprávní legislativy.* Praha : Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2003. ISBN 80-7338-018-8.

MEZNÍK, J., KALVODOVÁ, V., KUČHTA, J. *Základy penologie.* 1. vyd. Brno : Právnická fakulta Masarykovy univerzity, 1995. 75 s. ISBN 80-210-1248-X.

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

MIOVSKÝ, M.; SPIRIG, H.; HAVLÍČKOVÁ, M. (eds.). *Vězeňství a nelegální drogy*. Praha : Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. ISBN 80-86734-03-X.

MRAVČÍK, V. et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2010. ISBN 978-80-7440-034-6.

MÜHLPACHR, P. *Sociální patologie*. Brno : Masarykova univerzita, 2001. ISBN 8021025115.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.

NETÍK, K. *Koncepce rozvoje vězeňství v ČR*. Praha : Policejní akademie České republiky, 1998. 61 s.

PROCHASKA, J. O., DiCLEMENTE, C. C. Stages of change in the modification of problem behaviors. 1992.

SOTOLÁŘ, A., PÚRY, F., ŠÁMAL, P. *Alternativní řešení trestních věcí v praxi*. Praha : C. H. Beck, 2000. ISBN 80-7179-350-7.

SOCHŮREK, J. *Kapitoly z penologie*. II. díl. *Teorie a praxe zacházení s vězňnými*. 1. vydání. Liberec : TU, 2007a. 79 s. ISBN 978-80-7372-204-3.

SOCHŮREK, J. *Úvod do penologie*. Liberec : Technická univerzita, Pedagogická fakulta, 2007b. ISBN 978-80-7372-287-6.

STURGES, J. E. & HANRAHAN, K. J. (2004) *Comparing telephone and face-to-face qualitative interviewing: a research note*. *Qualitative Research* 4 (1), 107–118.

TAILOR, S. F., STERN, E. R., GEHRING, W. J. *Neural systems for error monitoring*. *The Neuroscientist*, 13 (2). 2007, p. 160–172.

TRÁVNIČKOVÁ, I., ZEMAN, P. *Možnosti a limity systému trestní justice v rámci protidrogové politiky*. *Kriminalistika. Čtvrtletník pro kriminalistickou teorii a praxi*, 41 (3). Praha : Ministerstvo vnitra ČR. 2008.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky*. 1.vyd. Praha : Portál, 1999, 448 s. ISBN 80-7178-214-9.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha : Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.

WEISS, P. a kol.: *Sexuální zneužívání – pachatelé a oběti*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2000. 212 s. ISBN 80-7169-795-8.

ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, 2003.

ZEMAN, P., DIBLÍKOVÁ, S., KOTULAN, P., VLACH, J. *Praxe v oblasti rozhodování o nařízení ústavní výchovy a uložení ochranné výchovy*. Praha : C. H. Beck. 2009. ISBN 978-80-7338-081-6.

ZÁKONNÉ NORMY, INTERNÍ PŘEDPISY, INTERNETOVÉ ZDROJE

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších změn a novel

Zákon č. 141/1961 Sb., trestní řád, ve znění pozdějších změn a novel

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách ze dne 6. listopadu 2011

Zákon č. 218/2003 Sb., o soudnictví ve věcech mládeže, ve znění pozdějších změn a novel

Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy, ve znění pozdějších změn a novel

Zákon č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody, ve znění pozdějších změn a novel

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

Zákon č. 555/1992 Sb., o Vězeňské službě a justiční stráží České republiky, ve znění pozdějších změn a novel

Vyhláška MSp č. 345/1999 Sb., kterou se vydává řád výkonu trestu odnětí svobody

Historická penologie č. 1/2006 (<http://www.vscr.cz/>)

Dostupné na: <<http://www.vscr.cz/veznice-opava-83/o-nas-1603/vykon-trestu-323/specializovane-oddeleni-605/vykon-trestu-ve-specializovanych-oddelenich-5293>>.

Dostupné na: <<http://www.vscr.cz/veznice-rynovice-48/o-nas-1624/specializovana-oddeleni-342/specializovane-oddeleni-ustavni-lecby-protitoxikomanicke-343/>>.

Dostupné na: <<http://www.vscr.cz/veznice-znojmo-98/informacni-servis-1639/aktualni-zpravy-1021/10-let-oddeleni-toxi>>

Dostupné na: <<http://www.vscr.cz/veznice-znojmo-98/o-nas-1638/pece-o-zamestnance-908/prace-s-odsouzenymi-1015/aktivity-odsouzenych>>.

Dostupné na: <<http://www.vscr.cz/veznice-hermanice-73/o-nas-1577/vykon-vezenstvi-307/vnitri-diferenciaci-3068>>.

Seznam tabulek a grafů

Seznam tabulek

Tab. 1: Zaměstnanost odsouzených v %	14
Tab. 2: Počty odsouzených, kteří prošli protitoxik. léčením v daném roce ve	25
Tab. 3: Soudní přeměny léčení a zrušení léčení	30
Tab. 4: Léčení na SpO PAL v Heřmanicích	33
Tab. 5: Počet absolventů vých. programu a ukončení ústavního léčení v r. 2010	36
Tab. 6: Statistika SpO Věznice Kuřim	37
Tab. 7: Terapeutický pracovníci spec. oddělení výkonu ochranných léčení	43

Seznam grafů

Graf 1: Léčení na SpO v Heřmanicích	34
Graf 2: Počet absolventů SpO od 01. 07. 1999 do 02. 06. 2011	36

Seznam příloh

Příloha A – Projekt aktivity programu zacházení	I
Příloha B – Stručný projekt aktivity	II
Příloha C – Fotografie	III
○ Obr. 1,2 Fotografie kulturní místnosti pro ženy a muže SpO v Opavě	
○ Obr. 3,4 Fotografie výrobků odsouzených SpO z keramické dílny	
○ Obr. 5,6 Fotografie keramické dílny z oddělení TOXI	
○ Obr. 7,8 Fotografie ze skupinové terapie SpO Kuřim	
○ Obr. 9,10 Fotografie z divadelního představení odsouzených ze SpO	

Příloha A – Projekt aktivity programu zacházení.

<u>Název aktivity:</u>	Arteterapie
<u>Vedoucí aktivity:</u>	Bc. M. P.
<u>Cílová skupina:</u>	ods. v typu věznice s dozorem a dohledem (max. 8 odsouzených), kteří jsou motivováni pro sebepoznání své osobnosti; skupina je dobrovolná a polo uzavřená
<u>Cíle:</u>	rozšířit nabídku možností účelného využívání volného času, sebepoznání, sebereflexe, rozvoj sociálních a komunikačních dovedností, získávání a rozvíjení manuálních dovedností, učit se přijímat konstruktivní kritiku a respektovat názory
<u>Obsah:</u>	různé výtvarné techniky (kresba, koláž,...), možnost hlubšího sebepoznání vlastních osobnosti, využití zpětné vazby ostatních členů skupiny
<u>Metody:</u>	individuální i skupinová práce, praktické činnosti, vedení dialogu, zpětná vazba, využití základních arteterapeutických technik, navození důvěry v rámci skupiny
<u>Formy:</u>	řízená činnost pod vedením vedoucího aktivity, individuální kreativní činnost odsouzených
<u>Frekvence:</u>	2 x měsíčně
<u>Délka konání:</u>	90 minut
<u>Místo konání:</u>	multifunkční ateliér I. patro
<u>Doba konání:</u>	lichý pátek 17:45 – 19:15

Příloha B – STRUČNÝ PROJEKT AKTIVITY

Název aktivity: PREVENTIVNĚ PSYCHOLOGICKÉ SKUPINOVÉ PORADENSTVÍ

Vedoucí aktivity: PhDr. O. V., psycholog, Mgr. Z. Č., speciální pedagog OVVaT

Cílová skupina: Odsouzení poprvé ve VTOS, zařazení do typu věznice B, C, na nástupní odd. AIA, AIB, AIC, u kterých tělesné, psychické, sociální či etopedické zvláštnosti mohou zavdávat příčinu k tomu, aby se v budoucnu stali cílem násilného chování jiných vězňených osob. Možné indikátory:

1. nedostatečný vzrůst, jiná fyzická nápadnost, handicap (vzbuzující dojem zranitelnosti),
2. přílišná zakřiknutost, nemluvnost, nekomunikativnost, sklon držet se stranou,
3. evidentní a výrazná submisivita (poddajnost) a nejistota v kontaktu,
4. problémová TČ (mravnostní delikty apod.),
5. v anamnéze šikana v průběhu školní docházky, základní vojenské služby, v jiných kolektivech,
6. obavy z ostatních odsouzených odsouzený spontánně a přímo při rozhovoru ventiluje,
7. depresivní, úzkostné poruchy v minulosti,
8. aktuálně užívá antidepresiva nebo anxiolytika (léky tlumící úzkost) – např. Neurol, Lexaurin, Xanax.

Typovat odsouzené osoby do programu PPSP mohou sociální pracovníce a speciální pedagogové na základě svého uvážení, po zhodnocení anamnestických dat odsouzeného a na základě dojmu z jeho projevu a chování v průběhu sociálního a speciálně pedagogického šetření. Na základě konzultace speciálního pedagoga a psychologa bude speciálním pedagogem odsouzený zapsán do programu PPSP.

Cíl: skupinové poradenství určeno pro vězně, u nichž je potenciální riziko, že se stanou obětí násilí jiných vězňených osob.

Obsah: pravidelné skupinové poradenství, v němž budou mapovány ty osobnostní faktory odsouzených, které působí viktimogenně-zvyšují riziko, že se odsouzený stane obětí násilí. V rámci poradenství bude odsouzeným na tyto jejich zvláštnosti dodán náhled, a odsouzeným budou doporučeny strategie, jimiž mohou své rizikové chování a návyky eliminovat a tím snížit jejich viktimogenní potenciál.

Metody: skupinové poradenství, zaměřené na sebezpoznání, především na poznání behaviorálních vzorců a návyků, které mohou provokovat okolí k agresivním reakcím či přivádět odsouzeného do rizikových situací. V rámci nácviku strategií zvládnání budou v poradenství integrovány kognitivně behaviorální, racionální, komunikační, nácvikové a interpersonální terapeutické prvky.

Formy: pravidelná skupinová poradenská sezení, formou otevřené skupiny, řízená psychologem OVVaT.

Frekvence: 2x měsíčně

Délka konání: 60 min.

Místo konání: multifunkční ateliér I. patro

Doba konání: lichý týden – čtvrtek 17.30 – 18.30 hod.

Příloha C – Fotografie

Obr. 1,2: Fotografie kulturní místností pro ženy a muže SpO v Opavě



Obr. 3,4: Fotografie výrobků odsouzených SpO z keramické dílny



Účinný prostředek terapie – práce s keramikou

Jednou z aktivit terapeuticko-výchovného programu je zájmový kroužek orientovaný na práci s keramikou a má za cíl vhodným způsobem rozvíjet estetické cítění odsouzených a vypěstovat u nich pracovní dovednosti a návyky, které budou moci využít při naplňování volného času po ukončení výkonu trestu. Činnost kroužku, jehož vedoucími jsou školení vychovatelé je cílevědomě směřována k tomu, aby si odsouzení osvojili základy organizace a plánování práce včetně technologické kázně, a vytvořili si pozitivní vztah a racionální, odpovědný a tvořivý postoj k vlastní činnosti a její kvalitě. Kromě toho získají odsouzení praktické návyky při práci s keramickou hlinou, seznámí se s materiály, nástroji a pomůckami, naučí se zásadám bezpečnosti a hygieny práce a řadě dalších dovedností, které mohou úspěšně využít ve vlastní praxi.

Obr. 5,6: Fotografie keramické dílny z oddělení TOXI



Obr. 7,8: Fotografie ze skupinové terapie SpO Kuřim



Obr. 9,10: Fotografie z divadelního představení odsouzených ze SpO

