

Nedobrovolná léčba závislosti ve výkonu trestu

PhDr. Monika Kovalčíková

Adiktologická ambulance prevence a léčby závislostí, Olomouc, Věznice Heřmanice

Kazustika popisuje případ nedobrovolné léčby u nemotivovaného 37letého pacienta s diagnózou závislosti na alkoholu, kterému byla soudem nařízena ústavní ochranná léčba protialkoholní, která měla probíhat ve výkonu trestu odnětí svobody. Pacient zahájil ústavní ochrannou léčbu ve specializovaném oddíle věznice. I přes veškerou snahu multidisciplinárního týmu pacient léčbu nedokončil. Soud po mnoha měsících ochrannou léčbu zrušil pro neúčelnost. Pacient na sobě nechtěl pracovat, zcela popíral diagnostikovanou závislost na alkoholu, odmítal se zapojovat do terapeutického programu, léčbu bojkotoval a dopouštěl se násilí a nátlaku na spolupacienty. Cílem kazuistiky je zamyslet se nad významem, průběhem a možnostmi nařízené ochranné léčby v podmínkách výkonu trestu u nemotivovaných pacientů.

Klíčová slova: adiktologie, závislost, ochranná léčba, výkon trestu.

Case report: Involuntary addiction treatment in prison

The case study describes a case of involuntary treatment for an unmotivated 37-year-old patient with a diagnosis of alcohol dependence, who was ordered by the court to undergo institutional protective anti-alcohol treatment, which was supposed to take place while serving a prison sentence. The patient began inpatient protective treatment in a specialized section of the prison. Despite all the efforts of the multidisciplinary team, the patient did not complete the treatment. After many months, the court canceled the protective treatment due to its ineffectiveness. The patient did not want to work on himself, completely denied his diagnosed alcohol addiction, refused to participate in a therapeutic program, boycotted treatment and committed violence and pressure on fellow patients. The goal of the case study is to reflect on the importance, course and possibilities of ordered protective treatment in the conditions of serving a sentence for unmotivated patients.

Key words: adictology, addiction, protective treatment, execution of sentence

Úvod

Kazuistika popisuje multidisciplinární péči a průběh léčby odsouzeného pacienta s diagnózou závislosti v podmínkách výkonu trestu odnětí svobody, kdy tento si léčbu závislosti sám nevybral, nýbrž mu ji uložil soud dle § 99, odst. 2 b), trestního zákoníku č. 40/2009 Sb., ve znění pozdějších předpisů (1).

Názory na ochranou léčbu, její prospěch pro pacienta i společnost i její optimální provedení jsou různé. Některé výzkumné studie zabývající se léčbou závislosti poukazují na to, že dobrovolnost či nedobrovolnost léčby, nemá vliv na její úspěšnost. Faktory, které vliv mají,

jsou následující: poradenství před nástupem do léčby, práce s motivací klienta, individualizovaný přístup ke klientovi, volba vhodného druhu léčby a podpora zapojení klienta do léčby (2). Dle výboru Společnosti pro návykové nemoci ČLS je možné ochrannou léčbu realizovat jen za podmínky dobré indikace na vstupu a pružné práce soudů při neúčelnosti či rizikovosti na výstupu (3).

Kazuistika

37letý pacient s diagnostikovanou závislostí na alkoholu byl eskortován do věznice, na specializovaný oddíl pro výkon protialkoholní

ochranné léčby. Dosud nikdy nedocházel do adiktologické, psychologické ani psychiatrické ambulance. S léčbou závislosti neměl u sebe ani blízkých osob žádné zkušenosti. Psychiatrem (soudním znalcem) byl vyšetřen poprvé v průběhu trestního řízení. Byla mu diagnostikována závislost na alkoholu (v rozhodné fázi) a popsán abúzus stimulancií. Zároveň soudní znalec shledal důvody pro nařízení ochranného léčení protialkoholního formou ústavní, přičemž tato forma léčby se mu jevila u pacienta jako jediná možná. O plánované eskortě do jiné věznice se pacient dozvěděl den předem. Na nástup do ochranné léčby nebyl nijak připravován.

Ze strany personálu kmenové věznice mu nebyly předány informace o průběhu ochranné léčby závislosti ani nárocích, které léčba klade na pacienty. S přemístěním pacient nesouhlasil, protože v kmenové věznici byl pracovníčně zařazen. Ocitl se ze dne na den, na základě rozhodnutí soudu a Generálního ředitelství Vězeňské služby ČR v neznámém prostředí cizí věznice, s dalšími odsouzenými spolupacienty. Po příjezdu byl informován o tom, že má před sebou minimálně devítiměsíční terapeutický program ústavní ochranné léčby. Během programu nemohl být pracovníčně zařazen. Dále získal informace o tom, že terapeutický program je založen především na skupinové práci. Čekaly ho terapeutické a edukační skupiny, skupiny prevence relapsu, hudební relaxace, skupiny sociálního poradenství, kurz finanční gramotnosti, pracovní terapie, tělesné aktivity, psaní deníku a úvah na zadaná témata. V případě potřeby si mohl kdykoliv vyžádat individuální konzultace se členy terapeutického týmu tvořeném terapeutu, psychologem, psychiatrem, adiktologem, speciálním pedagogem, sociální pracovnící a vychovateli. 1x za 14 dní mohl docházet ve věznici na pravidelná setkání Anonymních alkoholiků.

Stručná anamnéza

Pacient vyrůstal v neúplné rodině. Rodiče se rozvedli, když byl v předškolním věku. Oba rodiče žili. Otec byl závislý na alkoholu, pod jehož vlivem se choval agresivně, v dětství a dospívání fyzicky napadal pacienta, sourozence i matku. V patnácti letech pacient odešel kvůli neustálému bití a slovně agresivnímu chování otce z domova. Bydlel na internátě, pak u kamaráda. Střední odbornou školu ukončil maturitou, vyučil se. Hned po studiu začal pracovat. Pracoval mimo vystudovaný obor, vykonával těžkou fyzickou práci, později jezdil na montáži. Měl vytvořen kladný vztah k práci. Dluhy splácel.

Od dětství měl zálibu v adrenalinových sportech.

Ve výkonu trestu odnětí svobody byl pětkrát. První pobyt ve vězení absolvoval ve 21 letech věku (trestná činnost souvisela s užíváním pervitinu). Další trestnou činnost páchal pod vlivem alkoholu. Jednalo se převážně o násilné trestné činy (výtržnosti, bitky, krádeže).

Pacient byl šest let ve vztahu s přítelkyní, s níž měl nezletilé dítě. Byl v pravidelném kontaktu se svou matkou, sourozencem a přítelkyní.

S otcem se roky nestýkal, nezajímal se o něj, zcela se od něj distancoval.

Na znalecké vyšetření psychiatrem se 2x nedostavil. Sdělil, že jednou zaspal a jednou řešil zdravotní obtíž. Vyšetření nepovažoval za důležité. V rámci proběhlého vyšetření mu soudní znalec diagnostikoval smíšenou poruchu osobnosti (osobnost označil za emočně nestabilní, impulzivní). Intelkt psychiatr zařadil do dolního pásma normy, respektive na hranici normy a subnormy.

Sám sebe považoval pacient za kamarádkého, nenásilného člověka, kterého vždy někdo vyprovokoval.

Užívání návykových látek, návykové chování

V patnácti letech, po odchodu z domova na internát, začal pacient s kamarády užívat pervitin, pít alkohol a kouřit cigarety.

V období od 15 do 21 let upřednostňoval převážně pervitin. Byl schopen užívání vždy po nějaké době ukončit a za čas se k němu vrátit. První roky si pervitin aplikoval intranazálně, kolem 21 roku věku intravenózně. Pod vlivem pervitinu chodil hrát automaty. Pacient byl přesvědčen o tom, že díky pervitinu odmaturoval a udělal si řidičský průkaz. Po užití pervitinu byl laskavější k lidem, „rozdal“ by se pro ně, ale také rychleji a lépe pracoval, pracovní činnosti ho bavily, podával vyšší pracovní výkon.

Poprvé se opil v patnácti letech. Zpočátku pil alkohol výjimečně, první volbou byl pro něj pervitin. Uvědomoval si, jak alkohol zvyšoval agresivitu otce. Pití otce odsuzoval, proto inklinoval k pervitinu. Po prvním výkonu trestu se chtěl pervitinu vyhýbat. Svou pozornost postupně přesunul na alkohol. Zjistil, že mu alkohol dodával energii a rozhodnost k jednání („Když jsem potřeboval něco udělat, alkohol mi pomohl.“). Po požití alkoholu býval komunikativnější. Až po několika letech začal být pod vlivem alkoholu agresivní. Před posledním uvězněním byla zjištěna četnost pití v intervalu denně nebo téměř denně. Pacient pil tvrdý alkohol a pivo (denně vypil láhev Metaxy nebo rumu a dvě piva). Sám připustil, že pití alkoholu mu působilo od věku 27 let občasné problémy v životě. Popisoval příležitostné palimpsesty. Celkově pití alkoholu racionalizoval, důvody pití sváděl na exogenní vlivy. Nikdy nebyl na záchytné protialkoholní stanici. Nikdy se kvůli užívání alkoholu ani pervi-

tinu neléčil, nevyhledal odborníka na závislosti. Nemyslel si, že je závislý.

Pacient byl kuřák. Vykouřil průměrně 10 cigaret za den. Kouření cigaret spojoval s pocitem uklidnění. Když mu došel tabák, zvládnul nekouřit jeden den.

Průběh ochranné léčby

Od počátku nástupu na specializovaný oddíl se pacient jevil jako organizačně schopný, proto na něj byly delegovány činnosti související s chodem oddílu. Funkci plnil zodpovědně, u ostatních odsouzených vzbuzoval respekt. Bylo patrné, že není ve výkonu trestu poprvé. I v pro něj neznámém prostředí nové věznice se orientoval velmi dobře. Byl schopen dodržovat stanovený řád i pořádek. Do chodu terapeutických, edukačních i dalších skupin v rámci terapeutického programu oddílu se od začátku pobytu nezapojoval vůbec, byl velmi pasivní, v odporu, reagoval jen na přímé vyzvání, a i tehdy sděloval, že „nic dělat nechce, není závislý, je jen darebák. Nebude na skupinách vůbec mluvit. Ví, jak to ve vězení chodí. Nechce, aby se to co řekne, nějak obrátilo proti němu a jeho rodině. Léčbu nepotřebuje, nevidí v ní žádný smysl.“

V dalších čtyřech měsících byl pacient i nadále velmi dobře fungující organizační spojkou mezi personálem terapeutického oddílu a odsouzenými spolupacienty. Z terapeutických aktivit se často omlouval ze zdravotních důvodů nebo hledal jiné důvody pro svou neúčast na aktivitách. Když už na skupiny přišel, odvracel hlavu směrem ke dveřím, zavíral oči. Do skupinového dění ani témat se nijak nezapojoval, působil duchem nepřítomně. Na přímé vyzvání reagoval většinou jednoslovně, často slovem NEVÍM. Deník si vedl, ale ani tam nijak nepopisoval své prožívání, uvědomění, spíše do něj lepil fotky a obrázky. Nikdy si sám od sebe nevyžádal individuální konzultaci se členy terapeutického týmu. Opakovaně byl dotazován pracovníky terapeutického týmu na to, co pro něj mohou udělat, co by potřeboval. Připustil, že léčba může mít nějaký smysl, ale on na sobě pracovat nyní nechce. Jakoukoliv svou změnu vnímal jako zbytečnou.

Nehovořil o sobě, svém životě a své rodině před spolupacienty, ale ani před zaměstnanci oddílu. „Vězení mi vzalo svobodu, nechci si nechat vzít i své soukromí tím, že o něm budu mluvit.“ Když měl mluvit o svých blízkých, uváděl

v rámci individuálního pohovoru, že cítí rostoucí napětí, vztek až agresi. Nechtěl se dostat do afektu a pak litovat, že se neovládl.

V rámci jiného individuálního pohovoru sdělil, že nechce ukončit účast v programu, rád by programem prošel s tím, že bude respektováno jeho právo na udržení si soukromí a to, že se nebude do terapeutického programu zapojovat.

V polovině pobytu na specializovaném oddíle proběhl individuální evaluační pohovor s pacientem, kde obdržel zpětnou vazbu ke svému působení v programu a i on měl zhodnotit dosavadní průběh i své zapojení. Uvedl, že „nemá pocit, že by mu to něco dalo, je to pro něj zbytečné. Sám by si o podobnou léčbu v civilu nezažádal, neměl by potřebu a ani teď ji nemá. Nechce mluvit na skupinách a ani neposlouchá, tedy si nemyslí, že by mu povídání druhých něco dalo. Snaží se v programu nedělat potíže. Chce to dodělat, ať má splněno, ale nevidí v tom žádný smysl.“ V nabídce aktivit ho nic nezajímalo. Měl zájem jen o pracovní zařazení, které vzhledem k uložené ochranné ústavní léčbě nebylo možné.

Terapeutický tým začal zvažovat podání návrhu k soudu na ukončení ochranné léčby pro neúčelnost, jelikož pacient nebyl vzhledem ke stupni vývoje své motivace k léčbě závislosti indikován. Svou pasivitou na skupinách odrazoval ostatní členy skupiny od sdílení jejich příběhů, emocí a zkušeností.

V průběhu druhé poloviny terapeutického programu měl pacient pozitivní výsledek orientačního testu moči na metamfetamin. Výsledek byl později potvrzen i laboratorně. Speciální pedagog oddílu zahájil proces kázeňského potrestání odsouzeného dle řádu věznice. Dále se ze stran dalších pacientů začaly objevovat informace o nevhodném chování odsouzeného (fyzická i psychická agrese vyvíjená na některé spolupacienty). Přístup pacienta k terapeutickému programu zůstal nezměněn. Vzhledem k porušování pravidel specializovaného oddílu (fyzická a psychická agrese, pozitivita na přítomnost metamfetaminu), byl podán k soudu návrh na ukončení ochranné léčby pro neúčelnost. Pacient byl přemístěn na jiný oddíl v rámci věznice, kde byl zcela spokojený, jen mu i nadále chyběla práce. Oddechl si, že už nemusí absolvovat terapeutické aktivity. I nadále mu zůstala možnost vyžádat si individuální konzultace se členy terapeutického týmu. Nepravidelně využil

konzultaci s psychologem věznice, kde hovořil o aktuální rodinné situaci. Nikdy však nebyl iniciátorem domluvy konzultace.

Teprve po osmi měsících od podání návrhu na ukončení ochranné léčby pro neúčelnost (tedy po 14 měsících od zahájení ochranné léčby) proběhlo soudní jednání, kde skutečně soudce shledal na základě doložených zpráv a výsledku pacienta důvody pro ukončení ochranné léčby pro neúčelnost dle § 99, odst. 6, trestního zákoníku č. 40/2009 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Následně mohl být ve věznici pracovní zařazen. Zůstal umístěn na standardním oddíle. Velmi pozitivně kvitoval, že mu soud ochrannou léčbu ukončil. I nadále uváděl, že není závislý na alkoholu ani pervitinu, léčit se nechce, nepotřebuje, s alkoholem ani metamfetaminem nemá problém.

Diskuze

Při studiu dostupné zdravotní a další dokumentace pacienta a na základě opakovaných rozhovorů s ním, mohu potvrdit, že pacient naplňoval znaky syndromu závislosti na alkoholu; konkrétně bylo možné u něj hovořit o těchto symptomech závislosti: přítomnosti cravingu, porušeném ovládnutí při užívání alkoholu, přetrvávajícím užívání alkoholu i přes škodlivé následky, upřednostňování užívání alkoholu před ostatními aktivitami a závazky, zvýšené toleranci na alkohol. Dle tzv. kola změny (cyklického stádia motivace dle Prochasky a diClemente) se pacient nacházel ve fázi prekontemplace (4), tedy ve fázi, kdy nevnímal pití alkoholu jako problém, neviděl souvislost mezi užíváním návykových látek a opakovaným pácháním trestné činnosti.

Léčba se odehrávala v podmínkách výkonu trestu odnětí svobody, což je samo o sobě velmi specifické prostředí s vlastními pravidly. Léčbu znesnadňoval fakt, že ústavní léčba je založena především na skupinové terapii. Je možné ji pouze do určité, minimální, míry stavět na individuální terapii. Pacient se nacházel ve fázi, kdy terapii vůbec nebyl ochoten akceptovat. Odmítal rovněž poradenství i jakoukoliv další nabídku práce na sobě. Soud stanovil ochrannou léčbu, ke které nebyl pacient vůbec motivován, indikován ani vnitřně připraven.

Na místě je diskuze nad dvěma otázkami:

1. Nakolik bylo vhodné, aby u tohoto odsouzeného byla uložena ochranná léčba?

Dovolím si připomenout okolnosti na straně pacienta v kontextu s doporučeními odborníků:

a) Pacient měl soudně uloženu ústavní léčbu závislosti na alkoholu. Jedná se o typ léčby, který označujeme jako vysokoprahový, tedy mající na osobu pacienta jisté nároky týkající se jeho zapojení, uvědomění i motivace. Pacient však nedisponoval žádnou z těchto tří determinant. Neměl žádné předchozí zkušenosti s adiktologickými či psychologickými službami. Nikdo ho na ochrannou léčbu nepřipravoval. Před eskortou z kmenové věznice neměl informace o jejím průběhu a smyslu.

Důležitým faktorem úspěšnosti léčby je mimo jiné vhodně zvolený druh léčby (2).

b) Pacient měl za sebou bohatou kriminální minulost, byl dobře adaptován na vězeňský život, uměl v něm fungovat a sám opakovaně uváděl, že nikomu nevěří. Aktuálně nebyl schopen změny. Měl diagnostikovanu emočně nestabilní poruchu osobnosti. Prožil celé dětství a část dospívání v prostředí velmi emočně vypjatém, otec ho bil a ponižoval a byl svědkem týrání matky a sourozence. Postoj pacienta k ochranné léčbě byl po celou dobu odmítavý a zpochybnutý. Porušoval stanovená pravidla.

Jednou ze základních otázek, kterou si odborník doporučující indikaci ochranné léčby má klást, je to, zda je pacient schopen změny (3).

Mezi kontraindikace ochranné léčby patří těžší poruchy osobnosti (3).

Osobnostní dispozice a celkový postoj k léčbě patří mezi charakteristiky predikující dosažení méně úspěšného léčebného výsledku (2).

2. Mohl terapeutický tým dělat něco u tohoto pacienta jinak? Jinými slovy – mohl dosáhnout jiného výsledku?

V průběhu pobytu na specializovaném oddíle bohužel nedošlo ke shodě pacienta a týmu s terapeutickými cíli definovanými v Manuálu specializovaného oddílu (5). Cíl, který si sám pacient zformuloval zněl takto: „Projít terapeutickým programem.“ Což pro něj znamenalo: být pouze fyzicky přítomen, nijak se nezapojoval, mít klid. Už od počátku pobytu pacienta na specializovaném oddíle bylo snahou terapeutického týmu pracovat s ním individuálně. Tato snaha se zintenzivnila poté, co se pacient začal skupinové práci cíleně vyhýbat. O individuální pohovory pacient nejevil zájem. Nastavený

léčebný program mu nevyhovoval jako celek. Chtěl být pracovně zařazen, chtěl za svou práci pobírat plat, aby splácel dluhy. Tento požadavek bohužel nebylo možné pacientovi zajistit. Pacient byl na oddíle zapojován bez nároku na mzdu pouze do běžných pracovních činností jako například úklid oddílu a okolních prostor, práce v dřevodílně, šicí dílně a na zahradě. Tyto činnosti nebyly v souladu s přáním a očekáváním pacienta. Případná změna podmínek a pravidel narážela na překážky a omezení plynoucí z toho, že se ochranná léčba odehrávala ve věznici.

Troufám si napsat, že v daných podmínkách udělal multidisciplinární terapeutický tým maximum možného. Poskytované intervence byly přiměřené terapeutickému programu, i výkonu trestu. Zaměstnanci se opakovaně pokoušeli hledat cestu k pacientovi různými způsoby.

Na straně pacienta byly přítomny přitěžující prediktory v podobě opakované trestné činnosti, nedobrovolnosti léčby, odmítavému postoji k léčbě, nemotivovanosti i osobnostním dispozicím, které přispěly k tomu, že se veškeré snahy mívají účinkem.

Pacient se vlivem uložené ústavní protialkoholní ochranné léčby ocitl na místě, kde být nechtěl, navíc v době, kdy na léčbu závislosti nebyl vnitřně připraven. Pravděpodobně potřeboval zcela jinou strukturu, přístup i obsah programu, který by léčbou v pravém slova smyslu nebyl. Jednalo by se o práci na rozvíjení rozporů, nabízení a získávání informací, posílení vnímání rizik

a potíží v souvislosti s návykovým chováním, podpoře vzniku terapeutického vztahu, empatickým nasloucháním a poskytování zpětné vazby. Možná by se jeho motivace a následné zapojení do terapeutického procesu vyvíjely jinak, kdyby mu bylo umožněno alespoň částečné zařazení do práce, o kterou jevil zájem.

Tato úvaha mě vede k domněnce, že je zapotřebí věnovat ochrannému léčení ve výkonu trestu zvláštní pozornost ve smyslu přemýšlení nad její strukturou i nabídkou programů, služeb a aktivit. Předpokládám, že se do ochranného léčení budou i nadále dostávat pacienti, kteří budou nedobrovolní, nemotivovaní a nesprávně indikováni. Jelikož změnit v dohledné době systém nařizování ochranné léčby je požadavek nereálný, jeví se mi jako schůdnější varianta hledání možných alternativ v rámci samotných programů. Zde se nabízí prostor pro vyjednávání mezi vězeňskou službou a odborníky z řad adiktologie, psychiatrie, psychoterapie, psychologie a pedagogiky.

Závěr

Kazuistika popsala úskalí terapeutické práce s konkrétním adiktologickým pacientem v podmínkách ústavní protialkoholní ochranné léčby ve věznici. Na případě nedobrovolného pacienta s nařízenou ochrannou léčbou vyobrazila průběh terapeutických snah i reakce pacienta nacházejícího se ve fázi prekontemplace. Navzdory popsanému „neúspěchu“ tera-

peutického týmu jsem přesvědčena o tom, že ochranná léčba ve vězení má své opodstatnění a smysl. Je však třeba zodpovědně zvážit, u kterých osob je vhodná. Není účelné využívat uložení této formy ochranného opatření u většiny či všech pachatelů, kteří zneužívají návykovou látku či spáchali trestný čin pod jejím vlivem nebo v souvislosti s jejím zneužíváním. Je na místě přistupovat k uložení ochranného léčení po důkladném zvážení dostupných informací o pachateli, které by měly zahrnovat údaje o jeho osobnosti, dosavadní léčbě závislosti, kriminální anamnéze, délce i kontextu užívání návykových látek, motivaci ke změně, mentální kapacitě, zdravotnímu stavu, atd. Výhodu terapeutických programů ve specializovaných oddílech vybraných věznic sledávám v multidisciplinarity terapeutického týmu i délce léčby, která výrazně překračuje standartní délku střednědobé pobytové ústavní léčby probíhající v psychiatrických nemocnicích a léčebnách. Výsledkem může být zlepšení zdraví a kvality života na nejvyšší možnou míru, což je cíl léčby závislých (2).

Institut ochranné léčby vyvolává u zainteresovaných odborníků z oblastí práva, vězeňství, adiktologie, psychiatrie, psychoterapie, pedagogiky a psychologie otázky, které nejsou zatím zodpovězeny. Ochranná léčba ve výkonu trestu přináší řadu nejasností a otazníků k zamyšlení, diskuzi a definování. Výstupem by měl být přínos pro všechny zúčastněné.

LITERATURA

1. Prouza D. Trestní zákoník. Praha: C.H.BECK 2010.
2. Kamil K. a kolektiv. Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing 2015; 579:580:607:611.
3. Doporučení SNN ČLS JEP k ochrannému léčení protialkoholnímu, protitoxikomanickému, resp. F63. O. 2020; 4(1,2) [cited 2022 Sep 19]. Available from: <http://snncls.cz/wp/ep-content/2020/09/DoporučeníSNN-OL-pdf>.
4. Soukup J. Motivační rozhovory v praxi. Praha: Portál 2014;26.

5. Kolektiv autorů. Manuál oddílu specializovaného pro výkon ochranného léčení protialkoholního a léčení pro patologické hráčství ve Věznici Heřmanice. Ostrava 2021;13(1).