

INSTITUT PRO KRIMINOLOGII A SOCIÁLNÍ PREVENCI

**DROGOVÁ PROBLEMATIKA VE VĚZNICÍCH ČR
A NĚKTERÝCH ZAHRANIČNÍCH VĚZNICÍCH**

**PhDr. Alena Marešová,
PhDr. Jan Sochůrek a
PhDr. Jana Válková**

Tento text neprošel jazykovou korekturou a je určen pro studijní účely.

Neprodejné

Praha 2000

ISBN 80-86008-84-3

© Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2000

OBSAH:

Úvod	4
1. Současný stav drogové problematiky ve věznicích ČR	7
1.1. Zneužívání drog v ČR (vstup do problematiky)	7
1.2. Trestně právní problematika drog	9
1.3. Současná situace ve věznicích	16
1.3.1. Monitorování drogové závislosti vězňů: jeho výsledky a charakteristika klasického českého vězněného toxikomana	17
1.3.2. Plnění dalších bodů Souboru protidrogových opatření Vězeňskou službou (dle údajů dostupných v září 2000)	21
1.3.3. Výsledky výzkumných šetření k drogové problematice provedených ve věznicích	24
a) český výzkum realizovaný v roce 1996	24
b) slovenský výzkum realizovaný v roce 1997	31
2. Drogově závislí vězni v roce 1999 (zpráva z penologického výzkumu provedeného PhDr. Janem Sochůrkem)	34
2.1. Vstup do problematiky řešené výzkumem	34
2.2. Základní užívané pojmy	37
2.3. Výzkum drogové závislosti t.č. v ČR vězněných osob	41
3. Způsoby zacházení s drogově závislými vězni v zahraničí (zpracovala PhDr. Jana Válková)	71
3.1. Vstup do problematiky	71
3.2. Způsoby zacházení se závislými vězni ve vybraných zemích Evropy a Severní Ameriky	74
3.3. Závěry a doporučení	98
3.4. Vyhodnocení některých výzkumů k problematice s drogovou závislostí vězňů	99
4. Závěr	118
5. Resume	120
6. Summary (M.Holeková)	121
7. Literatura	122

ÚVOD

Strmý nárůst uživatelů drog v české populaci spojený s ještě strmějším nárůstem počtu drogových dealerů a dalších osob parazitujících na drogových závislostech v malém českém, ale i mezinárodním rozsahu, vedl v poslední době mimo jiné k radikalizaci postihu drogové kriminality a jejích pachatelů (českých občanů i cizinců, pobývajících v ČR). Tak jako vždy se i tento sociálně patologický jev (a trestněprávní reakce na něj) ve zvýšené míře zviditelnil ve věznicích, především ve skladbě vězňených osob. Výrazný nárůst podílu osob drogově závislých mezi pachateli trestných činů a současně s tím i mezi vězni, doprovázený nárůstem počtu osob vězňených za tzv. drogovou kriminalitu (související přímo nebo nepřímo s výrobou, distribucí či užíváním drog), vyústil v resortu vězeňské služby v potřebu přijmout a realizovat důsledná opatření, která by měla výskyt drog a jejich užívání ve vězeňských zařízeních minimalizovat a současně zabránit, aby se věznice ČR nestaly „školou“, drogových závislostí a drogové kriminality.

Nebezpečí doprovázející zvýšený výskyt drog a drogově závislých vězňů ve věznicích si vězeňští pracovníci uvědomili relativně brzy a proto ještě předtím, než se drogové závislosti staly jedním z prioritních vězeňských problémů, jako např. v mnoha okolních státech, navázali na zkušenosti a poznatky z výzkumů drogových závislostí u vězňů z let sedmdesátých a vypracovali soubor protidrogových opatření jak pro výkon vazby, tak i pro výkon trestu odnětí svobody.

Na úseku protidrogové politiky si stanovili následující **základní cíle**:

- 1) maximálně bránit průniku omamných a psychotropních látek do vězeňských objektů a maximálně eliminovat jejich užívání vězni,**
- 2) vytvořit funkční systém zacházení s drogově závislými osobami, které tč. vykonávají trest odnětí svobody v českých věznicích. Tento systém by měl především motivovat drogově závislé vězně k uvědomělému zbavení se závislosti na drogách.**
- 3) rozvinout systém prevence, který by v průběhu výkonu trestu odnětí svobody bránil infikování vězňů (dosud drogy neužívající) drogovou závislostí.**

V souvislosti s naplňováním takto vytýčených cílů koncipovalo Generální ředitelství vězeňské služby komplex opatření a úkolů zaměřených jak na vězně, tak i na vlastní pracovníky a podmínky výkonu trestu odnětí svobody. Již v roce 1993 bylo vládou uloženo ministru spravedlnosti vypracovat soubor protidrogových opatření pro potřeby vězeňství. V době zpracování souboru bylo v českých věznicích u cca 6 % vězňů zjištěna závislost na drogách. Ovšem již tehdy odborníci předpokládali, že v nejbližších letech dojde k mnohonásobnému nárůstu počtu drogově závislých mezi vězni a že distribuce drog do věznic a uvnitř věznic bude problematizovat výkon trestu odnětí svobody. Proto byl přijat první Soubor protidrogových opatření pro léta 1994 až 1997. Ten byl rozdělen do tří oblastí: A. Redukce nabídky, B. Primární prevence, C. Sekundární a terciální prevence. Na tento soubor v roce 1997 bezprostředně navázal druhý soubor pojmenovaný „Soubor protidrogových opatření ve výkonu vazby a trestu odnětí svobody na léta 1998 – 2000,“. Základním – tj. nezbytným úkolem pro uskutečnění všech v souboru vytýčených cílů se stala

příprava odborně zdatného vězeňského personálu, schopného zvládat drogovou problematiku a plnit uložené dílčí úkoly.

I druhý soubor opatření byl členěn do již osvědčených **tří oblastí**. Toto členění platí dosud.

První oblast je zaměřena na redukci nabídky, tj. směřuje k omezení přístupu vězňů k drogám. Prostředky užitých opatření v této oblasti jsou různé druhy prohlídek osob i věcí (včetně využití tzv. drogových psů při odhalování tranzitu, držení a výroby drog přímo ve věznicích), zpřísnění zacházení s návykovými léky vězeňským zdravotnickým personálem, monitoring drog u všech vězňů v rámci vstupních lékařských prohlídek, zřízení centrální evidence vězňů, kteří měli někdy nějakou souvislost s drogami, dále vytvoření bezdrogových zón ve vybraných věznicích apod.

Druhá oblast souvisí s tzv. primární prevencí, chápanou jako součást podpory zdraví a výchovy ke zdraví u vězňů. Prostředky jsou zde speciální programy zacházení s vězni s cílem zabránit zneužívání drog ve věznicích a speciální znalosti a dovednosti vychovatelů, kteří takové programy uskutečňují.

Poslední – **třetí** oblast - zahrnuje tzv. sekundární a terciální prevenci, chápanou jako cílené proškolení všech pracovníků Vězeňské služby přicházejících do styku s vězňovými osobami v zacházení s aktuálně drogově závislými osobami, dále optimální funkčnost poraden drogové prevence působících ve věznicích a zaměření všech výchovných prostředků na dobrovolnou abstinenci drogově závislých vězňů během pobytu ve věznicích a jejich dobrovolnou účast na léčení během výkonu trestu odnětí svobody, případně po jejich propuštění z výkonu trestu. Tyto preventivní aktivity vyvíjejí jednak vězeňské poradny drogové prevence jednak specializovaná oddělení pro diferencovaný výkon trestu drogově závislých vězňů. Uloženo bylo dále zřídit krizová oddělení ve všech věznicích včetně vazebních a jako detoxikační centra pro drogově závislé vězňe využívat vězeňské nemocnice.

Prostředky jsou v této oblasti protidrogové osvětové preventivní programy pro vězňe, speciální programy pro drogově závislé vězňovské mladistvé, terapeutické programy pro drogově závislé a připravovaný výkon ochranného léčení protitoxikomanického během výkonu trestu odnětí svobody.

Mimo úkoly zahrnuté do souboru protidrogových opatření, vyvstaly i další úkoly, jejichž cílem je zvýšit účinnost dosud uplatňovaných, ale i připravovaných opatření. Jsou to následující úkoly:

- 3) 1) provedení hlubší analýzy vězeňského terénu, a to jak prostředí ve kterém výkon trestu (vazby) tč. probíhá, tak i možností jeho změny (přizpůsobení tomu, aby stanovené cíle na úseku drog bylo možno realizovat),
- 4) provedení analýzy současné skladby vězňů s ohledem na výskyt mezi nimi drogových závislostí. Zvláštní pozornost by měla být věnována rizikovým skupinám vězňů, a to především mladistvým a prvovězňovým osobám.

Dílčí součástí zamýšlených analýz by se měla stát i tato studie, jejímž zpracováním jsem byla pověřena a která je vyústěním jednak výzkumu drogově závislých vězňů provedeného pracovníky vězeňské služby pod vedením PhDr. Jana Sochůrka, jednak výsledkem analýz mapujících současný stav v drogové problematice ve věznicích ČR a způsoby zacházení s drogově závislými vězni v cizině provedených pracovníky IKSP (PhDr. A.Marešovou a PhDr. J.Válkovou).

Realizaci penologického výzkumu změřeného na zacházení s drogově závislými vězni byl pověřen Institut pro kriminologii a sociální prevenci koncem roku 1998 Ministerstvem spravedlnosti ČR v souvislosti s plněním „Koncepce a programu protidrogové politiky na období 1998 – 2000,“ zpracované Mezinárodní protidrogovou komisí vlády České republiky. V tomtož materiálu bylo Ministerstvo spravedlnosti pověřeno splněním i následujících úkolů:

- Jako hlavní úkol v oblasti vězeňství bylo označeno vytvoření dostatečných kvantitativních i kvalitativních podmínek pro diferencovaný výkon trestu v případě osob závislých na drogách. Ministerstvo spravedlnosti pak bylo pověřeno zabezpečením nárůstu kapacity míst v rámci specializovaných oddělení pro diferencovaný výkon trestu z 25 (v roce 1997) na 75 v roce 1998, 100 v roce 1999 a 150 v roce 2000.
- Ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví mělo být zabezpečeno (formou podepsání společné dohody) zpracování podmínek pro způsob výkonu tzv. „ochranného léčení protitoxikomanického,“ během výkonu trestu odnětí svobody.
- Ministerstvo spravedlnosti se zavázalo průběžně monitorovat drogové a lékové závislosti vězňů při přijetí a v průběhu výkonu trestu odnětí svobody s cílem snížit nabídku drog a poptávku po nich ve vězeňských zařízeních.
- Dále se zavázalo zavést experimentálně ve vybraných věznicích v roce 1998 programy tzv. bezdrogových zón, jejichž cílem je ochrana odsouzených uživatelů návykových látek motivovaných k abstinenci. Po ověření experimentu by měly být tyto zóny rozšířeny v rámci celé ČR.
- V součinnosti s Ministerstvem zdravotnictví a národním koordinátorem drogové epidemiologie se zavázalo průběžně monitorovat drogovou problematiku ve výkonu trestu, včetně vazebních věznic.
- Dále, v návaznosti na připravované legislativní změny v oblasti nezákonné výroby, držení, šíření omamných a psychotropních látek a obchodu s nimi, se zavázalo Ministerstvo spravedlnosti provést analýzu dalších legislativních potřeb ve vztahu k drogové problematice, vyhodnotit stávající úroveň součinnosti mezi orgány trestní justice a Ministerstvem vnitra, vyhodnotit další potřeby v oblasti diferencovaného výkonu trestu a vyhodnotit potřebný rozsah služeb v oblasti probační práce s uživateli drog a závislými na drogách.
- Současně se zavázalo vyhodnotit stávající úpravu institutu záměny zásilky a dočasného odložení trestního stíhání v trestním řádu a s využitím podnětů Ministerstva vnitra a Ministerstva financí případně navrhnout legislativní změnu s cílem vytvořit podmínky umožňující využití těchto opatření v reálné praxi za účelem potírání vyšších forem organizovaného obchodu s omamnými a psychotropními látkami.

Uložené úkoly byly dále rozpracovány do výše zmíněného souboru protidrogových opatření přijatého Vězeňskou službou ČR. **Ústředním motivem všech připravovaných analýz a opatření zůstala ochrana vězňů před destruktivním vlivem drog a podpora jejich individuálního rozhodnutí pro život bez drog.**

1. Současný stav drogové problematiky ve věznicích ČR

1.1. Zneužívání drog v ČR (vstup do problematiky)

Podle poznatků dostupných z různých zdrojů (průzkumů hygienické služby a statistických údajů policie a justice) zpracovaných Trávníčkovou¹ lze současnou situaci v oblasti zneužívání a nelegální distribuce drog charakterizovat takto:

- „Dynamika růstu celkového počtu závislých osob i osob experimentujících s drogami má jednoznačně zrychlující se tendenci. Alarmující je prudký nárůst provokonzumentů heroinu a osob aplikujících si drogu intravenózně. Snižuje se i věková hranice osob experimentujících s drogami. Zvyšuje se počet osob, které od experimentování přecházejí k pravidelnému užívání drog.
- K větším změnám v oblibě mezi jednotlivými druhy drog oproti předchozímu období nedošlo. Nejvíce je zneužíván pervitin, poté heroin, marihuana a těkavé látky. Oproti předchozím létům heroin doslova zaplavil republiku a jeho distribuce probíhá často přímo na ulici. U osob jednorázově experimentujících s drogami zůstávají nejčastěji zneužívanými látkami marihuana a hašiš. Pervitin přestal být doménou uzavřených komunit a je zneužíván všemi věkovými kategoriemi, především mládeží a střední generací.
- Nadále se v České republice nejvíce požívá alkohol, z nealkoholových drog patří prvenství pervitinu. V současné době lze zejména ve větších městech sehnat bez závažnějších problémů celou škálu „klasických“, drog : heroin, kokain, LSD, extasy, hašiš, marihuanu.
- V úmrtnosti drogově závislých osob má ČR nepoměrně lepší bilanci než země západní Evropy. Situace srovnatelná s ostatními zeměmi Evropy je u nás v počtu problémových uživatelů omamných látek a především v počtu nově evidovaných konzumentů (incidence).

Velkým problémem ČR je, že téměř každý druhý konzument si návykové látky aplikuje nitrožilně. Závažná je také skutečnost, že zatímco v západní Evropě drogová populace stárne, u nás je nejpostiženější skupinou mládež ve věku 15 až 19 let.,,

Z dalších materiálů vyplynul i celkový odhad počtu drogově závislých v ČR². Podle těchto materiálů je t.č. v ČR cca 30 tisíc drogově závislých osob (závislých na nealkoholových drogách). Poměr drogově závislých žen a mužů je 1:2.

Pro srovnání ve Švýcarsku nyní na 7 mil. obyvatel připadá 30 tis. drogově závislých (především se jedná o osoby s intravenózní aplikací heroinu a kokainu). Okolo 500 až 600 tisíc osob pak užívá více méně trvale kanabisové produkty (marihuanu, hašiš).³

Drogy jako sociálně patologický jev a rozšiřování počtu jejich konzumentů mezi českými občany jsou v současnosti jedním z nejpálčivějších sociálních problémů ČR, kterým

¹ Trávníčková, I.: Pohled na zneužívání drog v České republice, Policista, 7/1998, Příloha, s.I-V.

² Kučera, J.: Protivníků stále přibývá, Ekonom, 48/1999, s.60

³ srov. Delivery of heroin in a Swiss prison. A project of the Swiss Federal Office of Public Health, s. 1

se zabývají i nejvyšší státní orgány a který začíná zatěžovat mj. státní rozpočet. Značné výše dosahují přímé náklady na protidrogovou politiku vlády. Např. v roce 1998 byly z rozpočtových kapitol resortů na protidrogovou politiku vlády vyčleněny následující finanční prostředky⁴:

Ministerstvo vnitra	1,5 mil. Kč (orientační údaj)
Ministerstvo spravedlnosti (z toho: Vězeňské službě ČR bylo přiděleno	4,6 mil. Kč 3 674 000 Kč)
Ministerstvo financí	14,8 mil. Kč (z prostředků GŘ cel)
Ministerstvo zdravotnictví	32,5 mil. Kč
Ministerstvo školství	14,8 mil. Kč
Ministerstvo práce a sociálních věcí	13,4 mil. Kč
Ministerstvo obrany	9,1 mil. Kč
C e l k e m	90,8 mil. Kč

V roce 1999 zvýšila vláda z kapitoly všeobecné pokladní správy náklady na protidrogovou koncepci na 150 mil. Kč.⁵ V rozpočtu na rok 2001 se počítá s cca 117 mil. Kč. Přesto stávající situace a výhled do nejbližší budoucnosti jsou neradostné.

Následující popis **současné drogové scény v ČR** je převzat ze zprávy MV o bezpečnostní situaci za rok 1999 (viz s. 39-40, část 2.19. Drogy), ve znění uveřejněném na internetu (webové stránce MV ČR):

„Česká republika je centrem organizátorů mezinárodního obchodu zejména s heroinem a kanabisovými produkty. ČR je cílovou zemí pro všechny druhy omamných a psychotropních látek s výjimkou cracku. Je zapojena do nelegální výroby a přepravy drog, do nelegální výroby a obchodu s prekursory, do praní peněz z výnosu nelegálního obchodu s drogami. ČR zůstává v obchodu s omamnými a psychotropními látkami (dále jen OPL) centrem působení zločineckých organizací zejména Kosovských Albánců a Nigerijců. V průběhu roku 1999 byla prvně zjištěna skupina distributorů OPL – občanů Vietnamu, původ jimi prodávaného heroinu se nepodařilo zjistit, heroin byl vysoce koncentrovaný. Do obchodu s heroinem se pravděpodobně zapojují ruskojazyčné organizované skupiny.

Roste zapojení občanů ČR do obchodu s heroinem (počet kurýrů i pomocných osob – pronajímatelé bytů, fiktivní majitelé firem, aut, telefonů). Vzrostl počet zásilek heroinu dopravovaných do Itálie z ČR. Na trhu se objevil vysoce koncentrovaný heroin, po jehož aplikaci došlo ke zvýšenému počtu předávkování. Kokain je i nadále na okraji zájmu konzumentů. **Nejvyhledávanější drogou je stále pervitin**, který se zásadně „vaří“, z efedrinu. V poslední době k získání efedrinu jsou masově vykupována některá volně prodávaná léčiva (Disophrol, Modafen). Rovněž kurýry amfetaminu zůstávají relativně často občané ČR, počet zásilek zajištěných v severských zemích, u kterých je usuzováno na český původ, poklesl. Ani v tomto období nezískala policie poznatky o výrobě extáze ve velkém, přetrvává podezření na organizovaný dovoz na naše území. **Trvá vysoká obliba marihuany** (dováží se i pěstuje se v ČR).

⁴ Kučera, J.: Protivníků stále přibývá, Ekonom, 48/1999, s.60

⁵ Kučera, J.: Deset let v drogách, Ekonom, 48/1999, s. 62

Česká republika je označována organizátory mezinárodního obchodu s OPL jako „bezpečná země,, a to zejména **pro příliš liberální podmínky pro uznání legálního pobytu** na našem území (před účinností nového zákona o pobytu cizinců) a prakticky **pro bezrizikové „praní drogových peněz,,** nízké tresty ukládané za drogové delikty i vysokou pravděpodobnost uchránění majetku získaného z drogových obchodů před propadnutím. Na základě analýzy realizovaných případů lze předvídat zejména další růst počtu narkomanů závislých na heroinu, vznik podniků určených pouze na distribuci heroinu, násilná řešení sporů o teritoria a sféry vlivu, narůstání snah o infiltraci státní správy, budování a provozování velkých laboratoří pro výrobu syntetických drog i zvyšování počtu občanů ČR zapojených do mezinárodního obchodu s OPL,,

1.2 .Trestně právní problematika drog

Drogová kriminalita je většinou postihována podle speciálních skutkových podstat trestných činů, uvedených v hlavě čtvrté zvláštní části trestního zákona označené jako obecně nebezpečné trestné činy. Zákonem č. 112/1998 Sb. byla provedena významná novelizace skutkových podstat drogových trestných činů s účinností od 1.1.1999. **Zásadní změnou, kterou přinesla novelizace, je trestnost držení drogy pro vlastní potřebu (§ 187a tr.zák.)⁶.** Novelou byly rovněž **podstatně zpřísněny sazby trestu odnětí svobody za jednotlivé drogové trestné činy**, rozšířeny kvalifikované skutkové podstaty trestných činů podle § 187 a § 188 trestního zákona a obě tyto skutkové podstaty byly zařazeny do taxativního výčtu trestných činů uvedených v § 167 tr.zák., podle něhož je možno postihnout pachatele i za nepřekážení takových trestných činů.

V aplikační praxi tato novela vyvolala některé závažné problémy v souvislosti s formulací skutkových podstat trestného činu podle § 187a, a to tam, kde je zákonným znakem i množství drogy.⁷

Trestní zákon užívá pojem návyková látka, přičemž jako návykovou látkou označuje alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobivé nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování (srov. ! 89 odst. 10 tr.zák.) V dalších částech této studii jsou pojmem droga označovány psychoaktivní látky, které má rychlý vliv na chování, vědomí a náladu člověka. Tj. omamné, psychotropní a ostatní látky uvedené v tr. zákoně, nikoliv však alkohol. Blíže k obsahu ve studii užívaných pojmů z oblasti drogové problematiky viz str. 36-41.

Drogové delikty jsou v současné době (v roce 2 000) postihovány pokud naplňují následující skutkové podstaty (podle Nečady⁸):

a) nedovolená výroba a držení omamných a psychotropních látek a jedů podle § 187, § 187a, § 188 tr.zák.

„Původní název trestného činu podle § 187 byl „nedovolená výroba a držení omamných prostředků a jedů,,. Změnu názvu skutkové podstaty a určité změny v její formulaci přinesla

⁶ srov. Chmelík, J. a kol.: Drogová kriminalita, Policie ČR, Úřad vyšetřování pro ČR, Praha ,1999, s. 26

⁷ viz Nejvyšší státní zastupitelství : Zvláštní zpráva o poznacích k aplikaci novely trestního zákona č. 112/1998 Sb., zejména nové skutkové podstaty trestného činu podle § 187a tr.zák.. s. 2

⁸ Nečada, V.: Přehled novel trestních kodexů v období od listopadu 1989 do konce roku 1999, IKSP, Praha, 2000, s. 63 - 64

novela č. 175/1990 Sb. Podstatné změny v právní úpravě drogové problematiky však provedla teprve novela č. 112/1998 Sb. Tato novela nově formulovala a upřesnila stávající skutkovou podstatu § 187, podstatně zpřísnila trestní postih za spáchání tohoto trestného činu a byly též rozšířeny okolnosti podmiňující použití vyšší sazby, které byly začleněny do více odstavců. Novela do trestního zákona zařadila nové ustanovení § 187a a nově formulovala ustanovení § 188 týkající se výroby, opatření anebo přechovávání předmětů určených k nedovolené výrobě drog.

aa) Základní skutková podstata § 187 nyní po provedených novelách postihuje toho,

kdo neoprávněně vyrobí, doveze, vyveze, proveze, nabízí, zprostředkuje, prodá nebo jinak jinému opatří nebo pro jiného přechovává omamnou nebo psychotropní, přípravek obsahující takovou látku, prekursor nebo jed. Odstavec 2 postihuje případy, když pachatel čin spáchal jako člen organizované skupiny, nebo ve větším rozsahu, nebo na osobě mladší než 18 let, odstavec 3 (se sazbou osm až dvanáct let nepodmíněného trestu odnětí svobody), když činem získal značný prospěch, spáchal jej na osobě mladší než 15 let, nebo jím způsobil těžkou újmu na zdraví a konečně odstavec 4 (se sazbou deset až patnáct let odnětí svobody), když činem způsobil těžkou újmu na zdraví více osob nebo smrt, získal prospěch velkého rozsahu, nebo spáchal-li jej ve spojení s organizovanou skupinou působící ve více státech.

ab) Trestného činu podle nového § 187a, kdo bez povolení přechovává omamnou látku nebo psychotropní látku nebo jed v množství větším než malém. Zásadní změna oproti předchozí právní úpravě spočívá v tom, že novela upustila od dosavadní beztrestnosti držení drogy pro vlastní potřebu. Právě vzhledem k tomu, že dopadá především na ty, kteří jsou pouhými konzumenty drog, včetně těch, kteří jsou na droze natolik závislí, že je na ně třeba pohlížet jako na nemocné, u části odborníků přetrvávají pochybnosti, zda ustanovení § 187a bude skutečným řešením drogové problematiky.

Důvodová zpráva k novele č. 112/1998 Sb. mimo jiné konstatuje, že zavedením samostatné skutkové podstaty nepovoleného přechovávání omamných nebo psychotropních látek nebo jedů, byť i jen pro vlastní potřebu, je sledováno několik cílů: uvedení trestně právní úpravy do souladu s mezinárodními závazky, odstranění důkazní nouze při trestním stíhání nedovoleného obchodování s drogami a zavedení výrazného (a prakticky jediného skutečně účinného) vědomí rizika tzv. prvokonzumentů drog. Vědomí rizika trestní sankce za samotné přechovávání drog naplní dosud silně zanedbanou preventivní funkci trestního práva v této oblasti.,,

b) **šíření toxikomanie podle § 188a**

„Jde o trestný čin zavedený novelou č. 175/1990 Sb. Postihuje toho, kdo svádí jiného k zneužívání jiné návykové látky než alkoholu nebo ho v tom podporuje anebo, kdo zneužívání takové látky jinak podněcuje nebo šíří. Přísnější postih je v případě spáchání činu vůči osobě mladší 18 let. Novela č. 112/1998 Sb. již nepřinesla žádnou změnu dosavadního vymezení skutkové podstaty, ale toliko zpřísnila trestní sazbu jako v předchozích ustanoveních (trest do výše jednoho roku odnětí svobody zvýšila až na tři léta).,,

Na drogové delikty pak dále dopadají i skutkové podstaty souvisejících trestných činů ohrožení pod vlivem návykové látky podle § 201 tr.zák. a maření způsobilosti k službě podle

§ 266 tr. zák. a další skutkové podstaty (např. § 217 tr.zák. ohrožování mravní výchovy mládeže).

Z poznatků získaných aplikací novely trestního zákona č. 112/1998 Sb. zpracoval v dubnu roku 2 000 analytický a legislativní odbor Nejvyššího státního zastupitelství již výše citovanou zvláštní zprávu. Z ní vyplývá, že drogová kriminalita je stále převážně kriminalitou latentní (i když k míře latence se nelze jednoznačně vyjádřit). Dále ze zvláštní zprávy vyplynuly podstatné závěry a z toho plynoucí návrhy na opatření. Zde uvádíme jen stručný výběr:

1. „Zatím se **nesplnil předpoklad, že zavedení nové skutkové podstaty trestného č. 2. inu podle § 187a tr.zák. povede k neúměrné kriminalizaci**, a to na jedné straně mladých lidí, experimentátorů a prvotrestaných, na druhé straně, že tato úprava zpochybní základní principy trestního práva o nepřipustnosti trestního postihu sebepoškozování (to je vyloučeno již proto, že jen o sebepoškozování zde nejde, osoby zneužívající drogu zasahují i do práv a právem chráněných zájmů jiných osob). Nelze však vyloučit, že k nárůstu počtu osob stíhaných, žalovaných, popř. odsouzených pro trestný čin podle § 187a tr.zák. ještě dojde. Je také možno předpokládat, že jen díky velice liberálnímu postoji policie nedošlo k extrémnímu vzestupu trestné činnosti podle citovaného ustanovení, určitou roli sehrála nepochybně i masivní kampaň ve sdělovacích prostředcích a cílevědomé zaměření Policie ČR v souvislosti s vydáním závazného pokynu policejního prezidenta č. 39/1998, jehož přílohu tvořila tabulka, která přece jen omezila možnost přistoupit k postihu osob bez zřetele na konkrétní množství drogy a bez zřetele na okolnosti jednotlivého případu,..
2. „Při posuzování naplnění formálních znaků skutkové podstaty trestného činu podle § 187a odst. 1 tr.zák. **dochází zjevně ke zcela rozpornému výkladu ve vztahu ke znaku „množství větší než malé,..**
3. „Novela nepřinesla žádoucí efekt ani ve vztahu k ostatním skutkovým podstatám drogových trestných činů. U trestných činů podle § 187 a § 188 tr.zák. není zajištěna náležitá provázanost základních a kvalifikovaných skutkových podstat, chybí také návaznost trestních sazeb,..
4. „Přesto zřejmě **alespoň v některých případech novela umožňuje přísný trestní postih jednání, která dosud bylo možno trestat jen mírnými tresty,..**
5. „V současné době, kdy zdaleka všechny problémy trestního postihu drogové kriminality nejsou uspokojivě vyřešeny, **se jeví jako nezbytné využívat všech stávajících alternativ trestního postihu, resp. všech forem odklonů v trestním řízení. U osob závislých na omamných a psychotropních látkách by mělo být v co nejširší míře využíváno ochranné léčení,..**
6. Nejvyšší státní zastupitelství připravuje návrh pokynu obecné povahy, jímž se upravují podrobnosti postupu státních zastupitelství při postihu trestného činu nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů podle § 187a tr.zák.

Z pohledu Policie ČR (srov. Zprávu o bezpečnostní situaci v ČR v roce 1999, s. 40) přinesla novela tr.zákona č. 112/1998 Sb. pozitivní dopad na drogovou scénu. „Lze říci, že nešlo, vyjma několika excesů, tak jak to předpokládali odpůrci novelizace, k zadržování „pacientů,, kontaktních a léčebných center. Naopak se ztížilo fungování distribučních sítí organizovaných skupin. Vzhledem k obecnému přemístění drogové scény do větší „ilegality,, a přesunu většiny toxikomanů do bytů a privátních prostor,došlo však ke ztížení práce pracovníků K-center. Ke snižování nabídky drog přispívá rovněž možnost zabavení omamné a

psychotropní látky. Změna cen při pouličním prodeji prakticky nebyla registrována. Problematické se ukazuje určování výše malého množství OPL, resp. nejednotný názorů orgánů činných v trestním řízení k výši trestně stíhatelného množství. Podíl pachatelů pro trestný čin podle § 187a (přechovávání OPL pro vlastní potřebu) se celoročně pohybuje kolem 6 % mezi všemi pachateli drogových trestných činů. Převážná většina těchto pachatelů je zároveň stíhána v souběhu zejména podle § 187. Osob stíhaných za prostou držbu je cca 1 % ze všech osob stíhaných za drogové delikty.,⁹

Tyto poznatky jak Nejvyššího státního zastupitelství, tak i Policie ČR jsme doplnili o následující vlastní tabulky, které s využitím statistik Policie ČR a Ministerstva spravedlnosti ČR ilustrují pohyb trestně stíhané drogové kriminality a vývoj počtu stíhaných pachatelů drogových deliktů a deliktů spáchaných pod vlivem drog.

Tab. 1

Vývoj počtu Policií ČR evidovaných „drogových„ trestných činů a počet pachatelů stíhaných a vyšetřovaných za tuto trestnou činnost od roku 1994
(zpracováno s využitím statistik Policie ČR)

Rok	Počet evidovaných tr.činů	Počet stíhaných pachatelů
1994	435	319
1995	1.131	464
1996	2.038	973
1997	2.853	1.063
1998	5.234	1.355
1999	6.418	1.576

Jak je patrné z tabulky, počet policií evidovaných „drogových„ trestných činů vzrostl od roku 1994 cca 15x a počet stíhaných pachatelů cca 5x. Nelze ovšem zapomínat, že ve sledovaném období došlo ke kriminalizaci některých druhů jednání, tj. část nyní evidovaných trestných činů nebyla označována dříve jako činy trestné a proto nebyly zahrnovány do statistiky kriminality.

Tab. 2

OSOBY ODSOUZENÉ SOUDY ČR ZA „DROGOVOU„ KRIMINALITU
(zpracováno z údajů MS ČR)

§ Tr.zák.	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
§ 187	25	37	68	110	138	283	357	702	765
§ 187a	-	-	-	-	-	-	-	-	18
§ 188	2	8	4	19	20	27	32	55	38
§ 188a	1	1	1	7	4	24	30	45	70
Celkem	28	46	73	136	162	334	419	802	891

⁹ Zpráva o bezpečnostní situaci v roce 1999 (www.mvcr.cz/dokumenty/bezp-si99/cinnost.html)

Mimořádný nárůst v oblasti drogové kriminality zaznamenala i soudní statistika, která sleduje počty odsouzených osob. Zde došlo v rozmezí devíti let k nárůstu odsouzených osob z 28 v roce 1991 až na cca 900 osob v roce 1999, tj. počet odsouzených osob vzrostl 32 x!

Při podrobnější analýze **justiční statistiky k nedovolené výrobě a držení omamných a psychotropních látek a jedů za rok 1999** zjistíme následující:

1)

- celkem za **trestný čin podle § 187 tr.zák. bylo stíháno 1300 osob, které spáchaly 1834 trestných činů**. Z celkového počtu stíhaných osob bylo **140 žen (11 %), 257 mladistvých (20 %) a 4 zvláště nebezpeční recidivisté (0,3 %)** – tj. jedná se o trestnou činnost za kterou jsou stíháni především dospělí muži, výskyt zvláště nebezpečných recidivistů je vzácností.
- Rozdělením pachatelů podle věku zjistíme, že zastoupení mladistvých **mezi obžalovanými** zůstává relativně malé (oproti očekávání) a největší skupinu tvoří, v souladu s očekáváním obžalovaní ve věku od 18 do 30 let (cca 60 %). Osoby starší 30 let tvoří zbytek - tj. cca 20 %.
- **Trestní stíhání bylo zastaveno u 162 osob**, především z důvodu, že nebylo prokázáno, že skutek spáchal obviněný (§ 172, odst. 1, písm.c tr.ř.) u 46 osob, dále, že se nestal skutek pro který byly stíhány (§172, odst.1, písm.a tr.ř.) u 40 osob a skutek nebyl trestným činem (§ 172, odst.1, písm.b tr.ř.). U 31 osob bylo trestní stíhání podmíněně zastaveno (§ 307 tr.ř.). Upuštěno od potrestání bylo u 27 osob.
- Z odsouzených pachatelů podle § 187 tr.zák. (tj. 765 osob) bylo **85 žen a 97 recidivistů** (srov. § 34, písm. j tr.zák. tj.osob, které již byly pro trestný čin v minulosti odsouzeny). **Mladistvých bylo mezi odsouzenými pachateli 135 osob, z toho 20 dívek**. Z odsouzených osob se **251 osob dopustilo trestného činu pod vlivem návykových látek (ne alkoholu)**.
- **279 odsouzeným bylo uložen nepodmíněný trest odnětí svobody (tj. 34 % ze všech odsouzených) především v délce od 1 do 5 let** (tj. 25 % ze všech odsouzených k nějakému trestu).
- **Nejčastěji byli obžalovaní odsouzeni k podmíněnému trestu odnětí svobody (56 %)**.
- 23 osobám byl uložen trest obecně prospěšných prací a u 27 osob bylo upuštěno od potrestání. **Ochranná výchova protitoxikomanická byla uložena 48 osobám a dvěma protialkoholní.**

2)

Za naplnění nové skutkové podstaty § 187a bylo stíháno 130 osob za 139 trestných činů, z toho 18 žen a 9 mladistvých. Obžalováno bylo 115 osob. Proti 18 osobám bylo trestní stíhání zastaveno, nebo trestní stíhání bylo přerušeno a 1 osoba byla zproštěna obžaloby. Odsouzeno bylo 18 osob, z toho 2 ženy a 1 mladistvý muž. **11 osobám byl uložen nepodmíněný trest odnětí svobody, z toho 10 osobám v délce do 1 roku**. Podmíněný trest odnětí svobody byl uložen 3 osobám a trest obecně prospěšných prací 2 osobám. Nikomu nebylo uloženo ochranné léčení.

Vzhledem k mimořádně velkému rozdílu mezi počty obžalovaných a odsouzených osob podle § 187a soudím, že u značné části věcí trestní řízení, zahájené s určitou prodlevou od doby platnosti nového ustanovení, nebylo dosud ukončeno.

3)

Za trestné činy podle § 188 tr.zák. bylo stíháno 141 osob za 154 trestných činů, z toho 13 žen a 23 mladistvých. Obžalováno bylo 119 osob, trestní stíhání bylo zastaveno

nebo přerušeno u 30 osob. Odsouzeno bylo 38 osob, z toho 6 žen a 8 mladistvých chlapců. U 10 odsouzených byl prokázán vliv návykových látek na spáchání trestného činu.

Sedmi osobám byl uložen nepodmíněný trest odnětí svobody : 3 osobám do 1 roku, 4 osobám od 1 do 5 let. Dále 26 osob bylo odsouzeno k podmíněnému trestu odnětí svobody, jedna osoba k peněžitému trestu a 2 osoby k obecně prospěšné práci. **Ochranné léčení protitoxikomanické bylo uloženo 2 osobám a jedné protialkoholní.**

Za šíření toxikomanie (§ 188a tr.zák.) bylo stíháno celkem 513 osob, a to za spáchání 670 trestných činů. Ze stíhaných bylo 61 žen a 175 mladistvých. Obžalováno bylo 429 osob, z toho 49 žen a 118 mladistvých chlapců a 15 mladistvých dívek. Trestní stíhání bylo zastaveno nebo přerušeno u 91 osob. U 12 osob bylo upuštěno od potrestání. Odsouzeno bylo 70 osob, z toho 10 žen a 37 mladistvých. 41 odsouzených spáchalo trestný čin pod vlivem návykové látky.

K nepodmíněnému trestu odnětí svobody bylo odsouzeno 6 osob, z toho 4 k trestu do 1 roku. Ochranné léčení protitoxikomanické bylo uloženo 3 osobám. Obecně prospěšné práce byly uloženy 6 osobám.

Souhrnně lze nad statistickými údaji konstatovat, že vzhledem k rozsahu tzv. nápadu trestné činnosti (tj. počtu evidovaných trestných činů a známých pachatelů) a jeho srovnání s počtem odsouzených osob nemůžeme v případě drogové kriminality tvrdit, že jde o nepřiměřenou kriminalizaci skutků a pachatelů. A s ohledem na počet uložených nepodmíněných trestů odnětí svobody a jejich délku neplatí obecně ani tvrzení o nepřiměřeně tvrdém trestání pachatelů, kteří se drogové kriminality dopouštějí.

Tab. 3

**POČET OBJASNĚNÝCH TRESTNÝCH ČINŮ SPÁCHANÝCH POD VLIVEM DROG
(nejsou zde zahrnuty trestné činy spáchané pod vlivem alkoholu)**

(zpracováno s využitím statistických údajů OZŘI Policejního prezidia ČR)

Rok	Počet objasněných tr. činů – celkem	Počet tr. činů pod vlivem drog	Procento z objasněných tr.činů
1994*	137 890	883	0,63
1995*	151 842	1 208	0,79
1996*	162 929	769	0,47
1997*	169 177	917	0,54
1998**	185 093	3 231	1,76
1999**	193 354	3 112	1,61

*Údaje útvaru systémového řízení a informatiky Policejního prezidia ČR č.j. PPR-1/SFI-2-96, zpracováno 4.1.1997 (nyní OZŘI).

**Údaje IKSP z vyžádaných nestandardních sestav Policejního prezidia ČR.

Pozn.: Pod vlivem alkoholu bylo dle nestandardních sestav Policejního prezidia spácháno v roce 1998 celkem 11 168 trestných činů (ze všech objasněných trestných činů v tomtéž roce to činí 6 %) . V roce 1999 je uváděn menší počet trestných činů spáchaných pod vlivem alkoholu – konkrétně 9 470, tj. o cca 1 700 trestných činů méně (což představuje již necelých 5 % ze všech v roce 1999 objasněných trestných činů).

Tab. 4

POČTY OSOB ODSOUZENÝCH ZA TRESTNÉ ČINY SPÁCHANÉ POD VLIVEM OPL (včetně počtu osob, kterým bylo uloženo protitoxikomanické léčení), a to od doby, od které byl tento údaj MS ČR sledován

(srov. statistické ročenky kriminality Ministerstva spravedlnosti)

r. 1994
odsouzeno osob - 57 osob
<i>z toho uloženo protitoxikomanické léčení 53 osobám</i>
r. 1995
odsouzeno osob - 67 osob
<i>z toho uloženo protitoxikomanické léčení 39 osobám</i>
r. 1996
odsouzeno osob - 128 osob
<i>z toho uloženo protitoxikomanické léčení 119 osobám</i>
r. 1997
odsouzeno osob - 209 osob
<i>z toho uloženo protitoxikomanické léčení 144 osobám</i>
r. 1998
odsouzeno osob - 341 osob
<i>z toho uloženo protitoxikomanické léčení 185 osobám</i>
r. 1999
odsouzeno osob - 394 osob
<i>z toho uloženo protitoxikomanické léčení 257 osobám</i>

Drogová kriminalita, jak v počtu evidovaných trestných činů, tak i počtu stíhaných pachatelů, je jen zlomkem počtu kriminálních činů s užíváním drog též souvisejících. Především u majetkové kriminality, méně násilné (kterou představují obvykle loupeže) se velmi často setkáváme s pachateli, kteří jako důvod své trestné činnosti uvádějí potřebu získání prostředků na drogy. Samostatnou kapitolou jsou i počty trestných činů spáchaných pod vlivem drog.

Přestože se policie a trestní justice ve svých statistikách a speciálních nestandardních statistických sestavách o takové trestné činy zajímají, tak jimi vykazovaný počet trestných činů je jen orientačním ukazatelem, tj. vykazované údaje představují jen menší část opravdu pod vlivem drog spáchaných protizákonných činů. Zjištění vlivu drog na spáchání konkrétním pachatelem konkrétního trestného činu bývá velmi složité a proto je vliv drog evidován (a statisticky vykazován) především tam, kde je užívání drog pachatelem nepřehlédnutelným

faktem (pachatelem je toxikoman) anebo souvisí s trestným činem (drogovým deliktem) pro který je pachatel trestně stíhán.

1.3. Současná situace ve věznicích

Téměř všechny prostředky přidělené Ministerstvu spravedlnosti ČR vládou na řešení drogové problematiky jsou určeny pro Vězeňskou službu: v roce 1998 to bylo více než 3,5 mil. Kč, v roce 1999 to bylo již 8 mil. Kč, avšak tato částka byla upravena při snižování výše účelově přidělených prostředků v rámci rozpočtu ČR na 5,650 mil. Kč. Proto nelze bylo poradny drogové prevence vybavit počítači, tiskárnami a softwarem.

V roce 1998 byly přidělené prostředky využity takto:

- 3) 1,5 mil. Kč na monitoring drog v moči látkami Cedia v oddělení klinické biochemie nemocnice Praha-Pankrác,
- 4) cca 800 tis. Kč na zavedení programu bezdrogové zóny ve věznici Rýnovice,
- 5) 700 tis. Kč na program využití služební kynologie pro odhalování výroby, držení a tranzitu drog ve vězeňských zařízeních,
- 6) 300 tis. Kč na zvýšení počtu krizových oddělení,
- 7) cca 150 tis. Kč na odborné vybavení protidrogových poraden,
- 8) cca 140 tis. Kč na výcvik personálu zabezpečujícího primární, sekundární a terciální prevenci drogové problematiky,
- 9) 60 tis. Kč na realizaci terapeutických programů u odsouzených vykonávajících trest odnětí svobody ve specializovaném oddělení pro výkon trestu odsouzených drogově závislých v Plzni.

V roce 1999 se předpokládalo toto využití **původně požadovaných 8 mil. Kč:**

- 3) 2,5 mil. Kč na monitoring drog v moči vězňů,
- 4) 2,5 mil. Kč investičních výdajů na odborné vybavení poraden drogové prevence (z toho 1,5 mil. na vybavení počítači, 1 mil. Kč na vybavení poraden tiskárnami a softwarem),
- 5) 1,1 mil. Kč na zavádění programu bezdrogových zón ve věznicích, z toho 600 tis. Kč investičních výdajů),
- 6) 700 tis. Kč na program využití služební kynologie
- 7) 580 tis. Kč na zvýšení počtu krizových oddělení, z toho 330 tis. investičních výdajů),
- 8) 400 tis. Kč na realizaci terapeutických programů u odsouzených vykonávajících trest odnětí svobody ve specializovaných odděleních pro toxikomany a bezdrogových zón věznic,
- 9) 300 tis. Kč na vzdělávání vězeňského personálu se zaměřením na drogovou problematiku.

Výše uvedené čerpání prostředků potvrzuje, že soubor protidrogových opatření je Vězeňskou službou plněn průběžně. Nárůst prostředků souvisí, mimo jiné, jednak se stále se zvyšujícím nárůstem počtu drogově závislých vězňů ve věznicích – viz níže uvedené poznatky získané monitorováním drogové závislosti vězňů, jednak rozšiřováním a prohlubováním některých problémů souvisejících s tranzitem drog do vězení a pohybem drog uvnitř vězeňských zařízení a v neposlední řadě i s očekáváním, že „bude hůř,“ – tj. přípravami na očekávané ještě větší zastoupení toxikomanů mezi vězni. Také již připravovaná nová opatření – např. výkon soudem uloženého protitoxikomanického ochranného léčení v průběhu nepodmíněného výkonu trestu odnětí svobody uloženého témuž odsouzenému, tj. v průběhu věznění přímo ve věznici – bude vyžadovat nové investice.

1.3.1. Monitorování drogové závislosti vězňů: jeho výsledky a charakteristika klasického českého vězněného toxikomana

Značná část peněz, přidělených Vězeňské službě v rámci protidrogových opatření ze státního rozpočtu navíc, je určena na plnění úkolu ze Souboru protidrogových opatření „zajistit průběžné monitorování drogové a lékové závislosti u vězňů při přijetí a v průběhu výkonu trestu.,,

První drogový screening¹⁰ (neboli monitorování výskytu drogově závislých osob ve věznicích) byl prováděn ve vazební věznici Praha-Pankrác, vazební věznici Praha-Ruzyně a věznici Plzeň, a to v období od prosince 1996 do prosince 1997. Bylo vyšetřeno více než 4 000 osob a zjištěno 1 163 pozitivních nálezů, z toho u 964 osob bez drogové anamnézy.¹¹

Pro účely screeningu Vězeňská služba zprvu zakoupila testy, které diagnostikovaly z moči tím nejhrušším způsobem (tzv. semikvantitativní metodou) přítomnost drogy. Bohužel tyto prostředky se ukázaly jako velice nespolehlivé a především neposkytovaly prakticky žádný forenzní výsledek. Testy hlásily řadu falešných výsledků - několik kombinací drog možných i nemožných, reagovaly dokonce na některá antibiotika. Proto screening prováděný touto metodou byl ukončen.

Od té doby až do současnosti je monitorování drogové závislosti prováděno laboratorním sledováním přítomnosti drog v moči jedinou laboratoří Vězeňské služby, která je umístěna v pražské vězeňské nemocnici.

Výsledky prvního screeningu publikoval MUDr. Vobora (ředitel Odboru zdravotnické služby GR VS ČR na mezinárodním semináři „Zacházení se specifickými skupinami odsouzených,,“, který se konal v Kroměříži v červnu 1998. Dále z něj volně citujeme¹²:

Výsledky screeningu podle zjištěných drog:

droga	počet případů
amfetamin	423
opiáty.....	320
benzodiazepiny.....	272
kokain (zjištěn pouze u cizinců).....	7
fenylcyklidin PCP.....	0

Jelikož fenylcyklidin PCP nebyl zjištěn ani jednou, upustila Vězeňská služba od jeho monitoringu. Od té doby provádí detekci tricyklických antidepresiv a marihuany.

¹⁰ screening: a) hromadné vyhledávání začátečních forem nemocí v populaci, b) sada vyšetření biologického materiálu (krve)

monitorovat – zaznamenávat, zachycovat, sledovat (srov. Klimeš, L.:Slovník cizích slov, SPN Praha,1981,s.487 a 684

¹¹ Plnění úkolů vyplývající z resortní strategie sociální prevence, Aktuální informace VS ČR, 1/1998, s.4

¹² Vobora, A.: Zdravotní péče o specifické skupiny vězňů v ČR, České vězeňství, 3-4/98, s.13-14

Zjištěné kombinace drog:

droga	počet případů
amfetaminy - opiáty.....	53
benzodiazepiny - opiáty.....	37
benzodiazepiny - amfetaminy.....	33
benzodiazepiny - barbituráty.....	11
kombinace tří a více drog.....	45

Protože se jednalo o laboratorní výsledky na velmi přesných přístrojích a s látkami, o jejichž kvalitě nelze pochybovat, lze tyto výsledky hodnotit jako spolehlivé.

Ostatní vězňové v ČR se tohoto screeningu nezúčastnily, mají však po celou dobu možnost kdykoliv dodat do pražské laboratoře ke zkoumání biologický vzorek. Tuto možnost stále využívá vězňové Plzeň.

Během posledních let mohou tak i výsledky laboratorních vyšetření prováděných Vězeňskou službou potvrdit známý fakt, že počet drogově závislých v ČR se minimálně zdvojnásobil, že se mění skladba zneužívaných drog a závislí přecházejí od českého výrobku pervitinu, což je metamfetamin, k heroinu. Klesá zájem o podomácku vyráběný derivát opia, tzv. braun. Sortiment ostatních zneužívaných drog tvoří zase jenom léky.

Dříve vždy převažovaly tendence každého vězně jevícího známky požití drog hospitalizovat ve vězeňské nemocnici. Tím docházelo k situaci, kdy takzvaní toxikomané zaplňovali nemocniční zařízení. Proto v posledních měsících je dáována přednost ambulanti léčbě. Hospitalizováni jsou pouze pacienti se somatickými komplikacemi, tedy s klasickým rozvinutým abstinčním syndromem, kdy eventuálně hrozí selhávání životních funkcí. Při zjištění přítomnosti drogy v krvi vězněné osoby je nyní tato osoba předána především do péče protidrogové poradny.

V roce 1997 bylo hospitalizováno zhruba 20 osob, které prošly interním oddělením vězeňské nemocnice v Praze na Pankráci. Medikamentózně v této poradně převažovalo podávání Diazepamu a Tiapridalu v sestupných dávkách po dobu dvou týdnů a dále jenom malé dávky neuroleptik či antidepresiv. Většina toxikomanů byla při delším sledování bez jakékoliv léčby. Často proto docházelo k přírůstku hmotnosti takových vězňů a zmírnění drogového problému. Z toho vyplynul závěr prezentovaný ředitelem Voborou, že substituční programy nejsou nutné ani v podmínkách vězňové.

Dříve se občas stávalo, že policisté dali toxikomanovi, když ho zadrželi někde na ulici a on pak neměl přísun drogy, do hrsti 30 tablet Diolanu, aby zabránili rozvoji abstinčních příznaků. A ve vězeňské nemocnici potom nevěděli, jak z takové intoxikace vycouvat ven, jak správně naordinovat sestupnou dávku, aby nedošlo k rozvoji klasického abstinčního syndromu s možným ohrožením života.

Dle poznatků vězeňských lékařů je v bezdrogovém, klidném prostředí specializovaného, **medicínsky, socioterapeuticky a psychoterapeuticky** dobře vedeného detoxikačního oddělení průběh odvykacích příznaků u naprosté většiny klientů naprosto bezproblémový a nedramatický. Odvykání navenek připomíná jen lehké somatické onemocnění. Na rozdíl od běžného oddělení, kde se odvyká užívání drog .

Lékaři samozřejmě nejsou natolik naivní, aby považovali věznicí za psychoterapeuticky klidné prostředí a nedělají si iluze, že současná abstinence tam umístěného vězně je trvalým stavem. Avšak je skutečností, že počáteční subjektivně dramaticky popisované abstinční příznaky se při klidném vedení zmírňují. Klient je průběžně informován o snižování dávek a jejich postupném vysazování.

Získané poznatky lze již i zobecnit, protože v průběhu posledních čtyř let (do poloviny roku 1998) prošlo protidrogovým oddělením ve vazební věznici Praha - Pankrác zhruba 500 drogově závislých vězňů.

V průběhu roku 1997 bylo v poradnách drogově závislých evidováno celkem 3 255 vězňů - obviněných či odsouzených.

Na základě řady získaných poznatků byl vězeňskými lékaři vytvořen **základní obraz uvězněného toxikomana:**

Obvykle se jedná o jedince s nedostatečným rodinným zázemím (od dětství). Má základní vzdělání a před uvězněním byl bez pracovního poměru. Často se pohyboval v partě narkomanů a dopouštěl se majetkových deliktů. V době zadržení inklinoval k tvrdým drogám a preferoval intravenózní užití. V průběhu věznění obvykle zůstává bez finančních prostředků, nebývá proto středem zájmu distributorů drog, ale může se stát objektem jejich zájmu za určitou úsluhu nebo protislužbu. Včasná reakce na takové snahy je velmi nesnadnou úlohou pro ředitele věznic, i když, dle vězeňských lékařů, výskyt drog a přísun drog do vězení není tak dramatický, jak se někdy v kruzích býť odborných, ale neinformovaných, mylně traduje.

Zkušenosti se zacházením s odsouzenými toxikomany jsou v českém vězeňství, jak již bylo řečeno i v úvodu této studie letité. Nejranější poznatky se vztahují k působení MUDr. Drtila v českém vězeňství. Zpočátku jako úředního lékaře ve valdické věznici (od roku 1963), později jako vědeckého pracovníka Výzkumného ústavu penologického, jehož ředitel doc. PhDr. Čepelák, Csc. se též o drogovou problematiku intenzívně zajímal. Poznatky dr. Drtila vyústily ve vypracování diagnostické metody „Test určování tablet,“ která dokonce byla patentována jako československý vynález. Zmíněná metoda se používá dodnes. V 80. letech si své poznatky ověřoval v průběhu činnosti Střediska protitoxikomanické ochranné léčby v Rýnovicích. Na svoje předchozí výzkumy dr. Drtil navázal znovu v roce 1996, tentokrát opět ve věznici v Rýnovicích, kde provedl vyšetření 150 náhodně vybraných vězňů-recidivistů.¹³ (Blíže je o starších výzkumech drogově závislých vězňů pojednáno v další části studie.)

Velmi důležité místo pokud jde o zjišťování skutečného výskytu drog ve věznicích, zjišťování drogově závislých vězňů, ale i výskyt nelegální distribuce drog mezi vězni hrají tzv. úvazkoví a poradní lékaři. Mezi ty nejznámější a nejzasloužilejší patří dlouholetý konziliář věznice Opava, psychiatr MUDr. Uhlíř, který léta iniciativně publikuje výsledky svých výzkumů, prováděných často i ve věznicích. Také on publikoval práci o zneužívání předpisovaných léků, převážně ordinovaných služebními lékaři, se zaměřením na zneužívání jimi ordinovaných léků, zejména analgetik a benzodiazepinů. Pro potřeby této práce byly v 70. letech provedeny chromatografické rozborů vzorků moči po jedné stovce vzorků od odsouzených mladistvých a vězňů z dalších tří tzv. nápravně výchovných skupin (I. NVS, z II. NVS a III. NVS). Výsledky byly zcela jednoznačně signifikantní pro závěr, že jde o

¹³ srov. Drtil, J.: Zkušenosti z 35 let zacházení s toxikomany v českých věznicích, České vězeňství, 3-4/98, s.57-61

zneužívání a **nedovolené manipulace s léky ve věznicích**, neboť léky u odsouzených, kterým byly předepsány, v jejich moči prokázány nebyly a naopak se objevovaly v moči jiných odsouzených, kterým předepsány nebyly. Výzkum tak jednoznačně prokázal obchodování vězňů s léčivými.

Mezi českými věznicemi léta (cca 40 let) zaujímal zvláštní postavení, pokud jde o zacházení se specifickými skupinami odsouzených, mezi které vždy odsouzení toxikomani patřili, i věznice Plzeň. Již od roku 1967 zde působilo oddělení zvláštní léčebně preventivní péče (tzv. oddělení pro psychopaty). V roce 1991 bylo ve věznici Plzni zřízeno oddělení pro odsouzené toxikomany.

Současné specializované oddělení pro odsouzené toxikomany v Plzni uplatňuje vůči toxikomaniům **daytopový systém**, v němž musí být klient sám modifikován, či moderován k tomu, aby se stal účastníkem tohoto programu. Pracuje tam standardní, stabilní tým - psychiatři, pedagogové, psychologové, sociální pracovníci, sociologové. Participují na něm psychiatři z plzeňského psychopatického oddělení. Původní kapacita, která představuje 30 míst má být rozšířena až na 70 míst. Po rekonstrukci věznice by měla být ještě zvýšena.

Výrazně větší pozornost, než zacházení s vězněným toxikomany, však byla vězeňstvím vždy věnována protialkoholní léčbě, na kterou v mnoha ohledech protitoxikomanická léčba navazovala a především využívala obecné poznatky získané v průběhu léčby vězňů. Protialkoholní ústavní léčbu prováděla Vězeňská služba až do roku 1991 v osmi věznicích. Tato služba však byla (bohužel) zrušena. Výkon ochranného protialkoholního ústavního i ambulantního léčení nařízený odsouzeným soudem realizovalo vězeňství často s pomocí externistů v rámci působení tzv. SPOLu (skupiny protialkoholní ochranné léčby).

Poslední publikované výsledky screeningu drog ve věznicích – jsou poznatky za 1. čtvrtletí roku 2000, které zpracoval Odbor zdravotnické služby GR VS ČR.¹⁴

„Metodika: Ke stanovení přítomnosti návykových látek v lidské moči byly použity sety firmy ROCHE (Abuscreen ON LINE). Vyšetření byla provedena na analyzátoru MIRA.

Vyšetření : V 1.čtvrtletí roku 2000 bylo vyšetřeno celkem **1 609 osob** (od začátku cyklu 2 159 osob), což představuje více než 500 osob měsíčně. Na tomto počtu se celkem rovnoměrně podílejí obě vazební věznice v Praze (Pankrác- 410 osob, Ruzyně 671 osob) s ostatními věznicemi (528 osob). Po počátečním váhání na konci roku 1999 se počet vyšetření ustálil a systém začal, přes některé drobné problémy (jako je např. doprava vzorků) uspokojivě fungovat.

Nálezy: Ve sledovaném období bylo **při 9 636 vyšetřeních** (celkem 12 948) **diagnostikováno 305 pozitivních osob** (celkem 352) s 409 pozitivními nálezy (celkem 460).

Od počátku monitoringu se pozvolna, ale pravidelně zvyšuje počet pozitivních osob ve vzorku a trvale narůstá zastoupení opiátů, které ve sledovaném období dostihly dříve dominantní amfetaminy. Začal se objevovat kokain (ve většině případů u cizinců). Třetí nejzneužívanější drogou je podle předpokladů marihuana.

¹⁴ Screening drog ve Vězeňské službě (záznam výsledků v 1.čtvrtletí roku 2000), České vězeňství, 2/2000, s. 60

Účastníci: Kromě nastupujících osob ve vazebních věznicích Praha - Pankrác a Praha - Ruzyně, byla kompletně prověřena i věznice Rýnovice. Pravidelně, nejméně 1x měsíčně, jsou také kontrolovány chráněné zóny ve věznicích (např. Plzeň). Ostatní věznice posílají především vzorky od osob, u nichž vzniklo podezření ze zneužití omamných látek. Proto je celkový průměr záchytu poněkud nižší (16,3 %), než v minulých letech. Při bližším pohledu, vezmeme - li v úvahu pouze nastupující osoby, můžeme pozorovat další zvýšení počtu toxikomanů (březen 25, 1 %).

Závěr posledního screeningu: Po počátečních těžkostech se situace stabilizovala a drogový screening je využíván většinou věznic. Zvolený systém se osvědčil.,,

1.3.2. Plnění dalších bodů Souboru protidrogových opatření Vězeňskou službou – dle údajů dostupných v září 2000

Úkoly, vyplývající ze schváleného Souboru protidrogových opatření na léta 1998 – 2000, jsou věznicemi a dalšími součástmi Vězeňské služby průběžně plněny a jejich plnění kontrolováno. Objevují se však i četná úskalí, na které provádění mnoha opatření naráží.

Současný stav, hodnoceno dle jednotlivých oblastí, je následující:

I. Oblast redukce nabídky

Jak uvádí odbor výkonu vazby a trestu Generálního ředitelství Vězeňské služby ČR všechny druhy prohlídek ve věznicích jsou prováděny důsledně tak, aby transfer drog do věznic a vazebních věznic, který jsou příslušníci Vězeňské služby postihnout, byl znemožněn. Týká se to především prohlídek osob přicházejících do výkonu vazby nebo výkonu trestu, prohlídek vězňů při návratech z pracovišť a při návštěvách rodinných příslušníků, ale i věci – přinášených, předávaných, zasílaných do věznic; vozidel přijíždějících do věznic; technických prohlídek, dílčích i generálních prohlídek uskutečňovaných průběžně ve věznicích.

V souvislosti s úkolem, který byl zaměřen na rozšíření služební kynologie při odhalování výroby, držení a tranzitu drog ve věznicích, byla zřízena tzv. střediska drogových psů již v cca třetině věznic.

Je plněn úkol, aby vězněným osobám nebyly ze zasílaných (předávaných) balíčků předávány léky ani příbuzné látky.

Přesto často se v médiích setkáváme s informacemi, že u vězňů byly nalezeny drogy i o svérázných způsobech, jakými se pokoušejí dealeri pašovat drogy do věznic. Také někteří bývalí vězni vypovídají o obchodu s drogami uvnitř věznic. Obvykle jako dealery označují pracovníky civilních pracovišť, kde jsou vězni zaměstnáni. Je zřejmé, že zcela zamezit průniku drog do věznic a jejich pohybu po věznicích nelze. Je reálné jejich distribuci jen stále účinněji znemožňovat. Bliže viz dále uvedené výsledky výzkumů.

V Souboru opatření plánovaná centrální evidence vězňů - toxikomanů, pachatelů tzv. drogové kriminality a osob majících ve svém chorobopise údaje o toxikomanii nebo o prodělaném léčení toxikomanie, nebyla dosud zavedena. Centrální evidence takových osob by umožnila důslednou realizaci odděleného výkonu trestu odnětí svobody distributorů od

konzumentů drog. Důvodem nesplnění úkolu je zejména neustálé odkládání termínu zavedení centrální evidence vězněných osob s využitím výpočetní techniky.

Další úkol se týkal, na evidenci závislé, cílené kontroly korespondence výše uvedených skupin vězňů. Dílčí evidence vedené v jednotlivých věznicích disponují údaji týkajícími se převážně skutečností zjištěných v průběhu aktuálního výkonu trestu odnětí svobody či výkonu vazby, na základě těchto poznatků lze provádět cílenou korespondenci u osob ve věznicích evidovaných jako vězni – toxikomané, pachatelé drogové kriminality, příp. osob u kterých bylo zjištěno, že prodělaly protitoxikomanické léčení.

Kromě screeningu drog byly zdravotnické službě Vězeňské služby uloženy v Souboru i četné další úkoly na úseku protidrogových opatření, které zdravotnický personál vcelku uspokojivě plní, tj. :

- c) již při vstupních prohlídkách je pečlivě studována zdravotní dokumentace s cílem zachytit bývalé toxikomany a alkoholiky,
- d) jsou důsledně prováděny vstupní lékařské prohlídky celého povrchu těla s cílem zachytit stopy po injekčním vpichu (aplikaci návykových látek).
- e) Je maximálně zpřísněna indikace návykových léků. Výdej takových léků včetně kontroly jejich požití je prováděn pouze pod přímým dohledem zdravotnického personálu.

Je snaha aplikovat návykové medikamenty, tam kde to jde, injekční formou. Je odmítána kontrola požití medikamentů vězni ostatním vězeňským personálem bez přímého dohledu zdravotnického personálu.

- g) Bohužel se nedaří rozšiřování využívání nefarmakologické terapie u toxikomanů, zejména psychoterapie.

Psychoterapie není ve většině věznic a vazebních věznic využívána v dostatečném rozsahu. Důvodem je zejména nedostatečný počet odborného personálu. Příznivější je stav ve věznicích Plzeň, Opava, Bělušice a Všehrady.

Pro dokreslení a aktualizaci představ o drogové problematice byla Vězeňskou službou (konkrétně Institutem vzdělávání) kontaktována Národní protidrogová centrála, která se nyní především formou školení o drogách, o zjišťování jejich užití a účinků užití, spolupodílí na naplňování úkolů, které patří již do oblasti prevence zneužívání drog.

Posledním úkolem v oblasti redukce nabídky drog bylo vytvoření bezdrogového režimu ve věznicích Rýnovice a Pardubice. Zřízení bezdrogových zón v ostatních věznicích je vedle značně omezeného objemu finančních prostředků a nedostatečného počtu odborného personálu limitováno přeplněností věznic včetně vazebních věznic.

Bezdrogová zóna v Rýnovicích je v provozu cca dva roky s kapacitou pro 27 osob. Za tu dobu jí prošlo cca 60 vězňů. Zájemci se do ní hlásí dobrovolně, ale jsou do ní umisťováni jen ti vězni, kterým zbývají do konce trestu odnětí svobody nejvýše dva roky. V bezdrogové zóně je uplatňován tvrdý režim, náročný denní program zahrnující i pracovní povinnost.

Den začíná pro vězně již v 5.50 hod., po rozsvícení a úklidu začíná skupinová práce s vězni, jejíž součástí je řešení problémů jednotlivců, diskuse. Vězni si sami perou, pracují na zahradě, kde pěstují zeleninu. Ubytování jsou v třílůžkových pokojích se záclonami, mají vlastní kuchyňku, kuřárnu, posilovnu a dílničku. Někteří vězni prý dokonce drogovou závislost předstírají, aby se do komunity dostali, Avšak namátková laboratorní vyšetření moči tyto

podvody včas odhalí.

2) Oblast primární prevence

Prvním úkolem v této oblasti bylo vypracovat speciální tzv. programy primární prevence zneužívání drog ve vězeňských zařízeních, které by bylo možno uplatnit vůči vězněným toxikomanům.

Vzhledem k tomu, že se osvědčilo využití materiálů zpracovávaných státním zdravotním ústavem, nebylo k vypracování speciálních programů pro vězněné osoby přistoupeno.

Další úkol se týkal aktivit Institutu vzdělávání VS ČR zaměřených na školení vězeňského personálu k problematice drog. A tak od roku 1998 v rámci primární prevence jsou (ve spolupráci s Národní protidrogovou centrálou) formou 4 hod. přednášky seznamování v nástupních kursech všichni nově přijímaní vězeňští pracovníci se základními informacemi o drogách.

Zdravotnický personál je pravidelně doškolenován odborníky na drogové závislosti. Doškolenání organizuje (jen pro zdravotníky) Odbor zdravotnické služby Generálního ředitelství Vězeňské služby ČR.

3) Oblast sekundární a terciální prevence

První úkol v této oblasti se týkal školení vězeňského personálu, přicházejícího do styku s vězněnými osobami:

V současnosti je proškolení jak zacházet s aktuálně drogově závislými vězni součástí kursů organizovaných Institutem vzdělávání Vězeňské služby ČR. Jsou organizovány kurzy protidrogové prevence I. a II., které mají charakter zdokonalovacího školení, do nichž jsou zařazováni pracovníci Vězeňské služby podle svého pracovního zařazení: vychovatelé, vrchní inspektoři.

Další čtyři úkoly této oblasti se týkají poraden drogové prevence. Poradny drogové prevence byly do konce září 2000 zřízeny ve všech věznicích ČR. Úroveň jejich funkčnosti je rozdílná. Optimální funkčnost poraden závisí především na erudovanosti odborného personálu.

Do péče poraden drogové prevence jsou zařazováni obvinění a odsouzení, kteří o umístění sami požádají nebo jsou do péče poraden předáni psychiatrem či psychologem anebo se jedná o vězně po prodělané ochranné léčbě.

Omezené finanční a personální zdroje neumožňují zřídit krizová oddělení ve všech věznicích a vazebních věznicích, tak jak stanoví soubor protidrogových opatření. Současný stav je takový, že zhruba v polovině věznic a vazebních věznic mají krizová oddělení charakter provizoria.

Jako detoxikační centra pro drogově závislé vězně jsou využívány vězeňské nemocnice.

Specializované oddělení pro výkon trestu odnětí svobody odsouzených drogově závislých žen, jehož zřízení bylo též jedním úkolem v Souboru, bylo zřízeno v Opavě. Normová ubytovací kapacita tohoto oddělení je 26 míst.

Probíhá realizace protidrogových osvětových preventivních programů pro vězně včetně mladistvých vězňů, úroveň těchto programů kopíruje úroveň práce poraden drogové prevence v té které věznici.

Dalším z úkolů byla též rekonstrukce objektu Heřmanova Hut', kde by měla probíhat III. a IV. fáze terapeutického programu pro drogově závislé vězně. Vzhledem ke značně zkráceným požadavkům na přidělení investičních prostředků však rekonstrukce objektu Heřmanova Hut' nebyla, a v dohledné době nebude provedena.

Úkol, který se nedaří plnit, se týká zabezpečení určitého počtu psychiatrů jako kmenových vězeňských lékařů pro odbornou péči o drogově závislé vězně.

Naopak úspěšný byl úkol realizující návrh na výkon soudem nařízeného ochranného protitoxikomanického léčení vězňů odsouzených k nepodmíněnému trestu odnětí svobody již v průběhu výkonu trestu odnětí svobody, tj. v průběhu jejich věznění. Toto soudní opatření bude od počátku roku 2001 realizováno ve věznici Rýnovice.

Posledním úkolem v souboru protidrogových opatření bylo umožnit pracovníkům Vězeňské služby, kteří pracují s drogově závislými vězni, stáže ve specializovaných civilních zařízeních. Tento úkol je bez problémů průběžně plněn.

Jako nový úkol lze chápat vybudování a vybavení komunity pro závislé vězně ve věznici Bělušice. Tento úkol je podpořen z prostředků PHARE a zahrnut do projektu PHARE 2000.

Četné další úkoly jsou připravovány při rozpracování národní strategie protidrogové politiky na období let 2001 –2004, kde Ministerstvo spravedlnosti garantuje programy protidrogové prevence ve vězeňství, diferencovaný výkon trestu pro uživatele drog a vytváření a nabídku programů odpovídající pomoci osobám, závislým na drogách v podmínkách výkonu trestu.

1.3.3. Výsledky výzkumných šetření k drogové problematice provedených ve věznicích

a) český výzkum realizovaný v roce 1996

České vězeňství nemá toho času vlastní výzkumnou základnu a proto tam, kde je nezbytné zjistit účinnost existujících opatření (včetně protitoxikomanických), odhadnout dopad připravovaných opatření či navrhnout nová, vypomáhají na požádání vězeňství jednak vědecká a výzkumná pracoviště v rámci stejného resortu spravedlnosti: např. Institut pro kriminologii a sociální prevenci, nebo v rámci resortu vnitra : např. Policejní akademie ČR. Četné poznatky však vězeňství získává i z menších úkolů či šetření, které provádějí ve věznicích pro vlastní potřebu instituce či jednotlivci z obou výše jmenovaných resortů,

jednotlivé vysoké školy atd. Žádný výzkum prováděný ve věznicích však nelze uskutečnit bez přímého podílu pracovníků Vězeňské služby.

Prvním výzkumným úkolem realizovaným po roce 1989 k drogové problematice byl výzkum evidovaných toxikomanů – pachatelů trestných činů nacházejících se v nápravně výchovných ústavech ČR, provedený v letech 1991-1992 pracovníky Federálního policejního sboru, jehož odpovědným řešitelem byla Mgr. Ivana Bodláková, spoluřešiteli PhDr. Stanislav Nečas, Csc. a PhDr. Jiří Němec. Zásady pro jednání s drogově závislými pachateli trestných činů formulované v závěru výzkumu jsou dodnes Vězeňskou službou ČR využívány.

Jedním z dalších úkolů, výsledky kterého jsou využitelné i v rámci Vězeňské služby, byl výzkum prováděný pracovníky Policejní akademie ČR „**Trestná činnost na úseku drog a možnosti prevence**“, jehož odpovědným řešitelem byla doc. Ing. Renata Štablová, CSc., spoluřešiteli pak byli PhDr. Vratislava Černíková, CSc. a JUDr. Zdeněk Budina, CSc., všichni z resortu MV. Závěrečná zpráva obsahovala nejen poznatky získané provedeným šetřením, ale všechny v tu dobu dostupné informace o problematice. Část, zaměřenou na využití poznatků z prostředí věznic, zpracovávala dr. Černíková, z jejíhož vystoupení na III. Mezinárodním semináři o vězeňství na téma „Zacházení se specifickými skupinami odsouzených“, konaném v Kroměříži v červnu 1998, dále volně citujeme¹⁵:

„ Výzkumné šetření ve věznicích probíhalo v průběhu roku 1995 a v první polovině roku 1996, konkrétně ve věznici Říčany, Opava, Všehrady, Heřmanice, Mírov. Zkoumaný soubor tvořilo 148 odsouzených, kteří měli problém s drogou, 12 z nich bylo mladistvých. Sledovaný soubor odsouzených s drogovými problémy tvořil 11,9 % z celkového počtu odsouzených pobývajících toho času ve věznicích, kde bylo prováděno výzkumné šetření.

Ve výzkumném šetření ve věznicích byly stanoveny tyto úkoly:

- 1) zmapovat cesty transferu drog do věznice,
- 2) postihnout zdroje informací, na jejichž základě lze usuzovat na případnou toxikomanií odsouzeného, který vykonává trest odnětí svobody,
- 3) zmapovat výskyt jedinců s drogovým problémem ve vybraných věznicích,
- 4) charakterizovat faktory, které ovlivňují specializované zacházení s vězněným s abúzem drog v současné praxi věznic.

Empirický materiál byl získán analýzou spisové dokumentace vedené o každém odsouzeném. Pro tento účel byl zpracován záznamový arch, sledující vybrané položky. Pracovník Vězeňské služby vyhledával sledované položky v dokumentaci o odsouzeném a výzkumný pracovník prováděl jejich záznam do archu. Při získávání empirických údajů byly dodržovány zásady o ochraně osobních údajů sledovaných osob. **Další poznatky o drogové scéně ve věznici byly poskytnuty pracovníky vězeňství.**

Z výsledků šetření a souhrnu poznatků o drogové problematice získaných od vězeňského personálu vplynuly tyto závěry:

- 1) „**Nejčastějšími cestami drog do věznice jsou:**

⇒ Balíčky s potravinami, které odsouzení dostávají z domova, od příbuzných a od známých.

¹⁵ Černíková, V.: Drogová scéna v českých věznicích, České vězeňství, č. 3-4/98, s. 51 -54

Droga je ukryta v sypkých potravinách jako je káva, čaj a dovedně uzavřena, jevově jako originální uzavření. Droga bývá ukryta - zapečena v pečivu nebo vpravena injekční stříkačkou do ovoce, sladkostí.

⇒ Balíčky s osobním prádlem a hygienickými potřebami.

Drogy jsou důmyslně ukrývány v záševcích oděvů, jsou zapuštěny do oděvů, botasek, do mýdla, šamponů, krémů.

⇒ Balíčky s knihami, časopisy, dopisním papírem a psacími potřebami.

Droga je ukryta v hřbetech knih, časopisů, pod poštovní známkou nalepenou na dopisní obálce nebo pod vnitřní výztuží obálky, v propisovací tužce.

⇒ Pracoviště mimo věznic, kde dochází k navazování nedovolených kontaktů s jinými osobami a k předávání drogy.

⇒ Zneužití léků.

Zvláště často se vyskytuje u určitých onemocnění neurovegetativních nebo u astmatiků, kdy pacient musí brát léky několikrát denně. V těchto případech je upraven kontrolovaný režim podávání léků pracovníky Vězeňské služby po jednotlivých dávkách. Nejsou povolovány balíčky s léky zasílané z domova. Pokud odsouzený potřebuje nebo požaduje speciální léky nebo vitaminy (nadstandardní), je možnost jejich objednání prostřednictvím lékařské služby v každé věznici. Podmínkou je finanční úhrada těchto léčiv, přičemž částku mohou poskytnout rodiče nebo přátelé mimo věznic. I v těchto případech odsouzený dostává jednotlivé dávky a nedostane do rukou celé zakoupené balení.

Ojedinělé cesty drog:

⇒ prostřednictvím civilních zaměstnanců věznic, kteří prodávají v kantýnách, ale i zásobovačů, údržbářů apod.

⇒ přenosem v tělních dutinách vězněného při návratu z přerušení trestu, nebo při návštěvě příbuzného

⇒ při návštěvách

⇒ při návštěvě advokáta

⇒ prostřednictvím kriketového míčku naplněného drogou, přehozeného přes zdi věznice do prostor vycházkových nebo sportovních

⇒ přenos drogy pod náplastí, která imituje ošetření drobného zranění a lepí se na méně patrné místo na těle

⇒ ve vatovém tamponu v uchu

⇒ ve špercích - náušnicích, přívěscích, prstenech, které mají objem, jenž je dutý.

Abúzus drogy ve vězeňských podmínkách má svá specifika a zvláštnosti. Droga je tam nejen prostředkem k překonání každodenních problémů, ale i univerzálním platidlem a v neposlední řadě i výrazem životního standardu a společenské prestiže odsouzeného. Je vyhledávaným artiklem černého trhu a dynamizuje tzv. druhý život odsouzených.

Na **vznik drogové závislosti ve věznicích** má vliv samotné specifické prostředí věznic a subkultura odsouzených. Výkon trestu odnětí svobody bývá odsouzenými mnohdy prožíván jako zátěžová situace, kterou každý jedinec prožívá a snáší jinak. Jako nejčastější důvody, které vedou odsouzené ke konzumaci drog, jsou odsouzenými uváděny:

- ◆ deprimující prostředí,
- ◆ nuda,
- ◆ únava ze stereotypu vězeňského života,
- ◆ úzkost,
- ◆ snaha zbavit se tíhy problémů, nemyslet, co bude dál,
- ◆ potřeba alespoň jediného prožitku radosti.

Repertoár drog zneužívaných ve věznicích se mění v souladu s toxikomanickými trendy v civilním prostředí, ale s určitým zpožděním. Tyto trendy se ve vězeňském prostředí modifikují podle místních podmínek, zdrojů a podle účinnosti preventivních opatření prováděných vězeňským personálem.

Nejdůležitějším kritériem pro výběr zneužívaných látek ve vězeňských podmínkách je jejich dostupnost. Zneužívá se to, co je právě k dispozici, ovšem preference zůstávají zachovány. Odsouzení jsou velmi vynalézaví a důmyslní v objevování a připravování možnosti přenosu drog, ale také si dokáží připravit velmi silné čaje se značnými stimulujícími účinky. Pití takových čajů je ve věznicích časté a není odsouzenými považováno za toxikomanii. Stejně tak nepovažují za toxikomanii značné pití silné kávy a kouření. Většinou si odsouzení cigarety připravují sami z levného dýmkového tabáku, neboť běžně prodávané cigarety jsou pro ně drahé. Tabák bývá častým obsahem balíčků zasílaných odsouzeným do věznic a v sypkém tabáku bývají ukrývány také drogy.

Odsouzení si dokáží připravit i alkoholový nápoj. Základní surovinou bývá zavařenina, kompot nebo rýže. Pro urychlení kvašení se přidává chlebová kůrka, kvasnice - jsou-li k dispozici a cukr. Tento zákvas se uloží - ukryje na teplé místo. Často poslouží tepelné potrubí, které je vedeno ve starých věznicích přes chodbové prostory a též ubytovací a sanitární prostory. Zákvasy jsou připravovány také na pracovištích, kde lze nalézt vhodné skryše.

Konzumace drog, drogových a alkoholových nápojů nejčastěji nastává v době večerní a noční, kdy jsou odsouzení uzamykáni na celách, snižuje se kontrola personálem a je udržován noční klid určený pro nerušený spánek.

2) Usuzování na případné problémy s drogou

Usuzování na případné drogové problémy odsouzeného vychází jednak z dotazu při příjmu do věznic - odsouzený však nemusí abúzus přiznat, jednak ze spáchané trestné činnosti - zda byla spáchána pod vlivem drog nebo šlo-li o trestnou činnost podle § 187,188 trestního zákona. Lékař získává informace o toxikomanii odsouzeného ze zdravotních karet. Tento údaj je však jen v kartách registrovaných toxikomanů. Lékař nemá přehled o druzích spáchané trestné činnosti u odsouzených- pacientů, což by mnohdy pomohlo rychleji se zorientovat v problému, s nímž případně pacient přichází.

Lékaři ve věznicích vedou přehled o odsouzených s astmatickými onemocněními, kteří se často stávají exponovanými zdroji "překupování" - obchodu s léky.

Další skupinou v klientele lékařské péče jsou odsouzení podezřelí ze závislosti na lécích (léky na uklidnění, soustředění, na nespavost, na bolest hlavy). Příčina jejich potíží je často připisována promítnutím do nemocí prožívání problémů, které odsouzení ve věznicích mají. Výše uvedené informace pramení ze spisové dokumentace o odsouzeném, která se o každém odsouzeném vede a průběžně doplňuje.

Další zdroj informací o chování odsouzených představují reference vychovatelů, dozorců - vězeňského personálu, včetně poznatků zahrnujících přímé zjištění konzumace návykových látek.

V neposlední řadě je to vlastní psychologické a lékařské vyšetření, kdy na základě výše uvedených poznatků je zjišťována (diagnostikována) závislost na návykové látce a její druh.

Problémy s drogou jsou ve výkonu trestu složité, komplikované, nelze na ně usuzovat jen ze statisticky zachycených a odhalených trestných činů nebo záznamů evidovaných toxikomanů. Nelze vždy prokázat přímou závislost mezi drogou a trestným činem v době jeho spáchaní. Je to mnohdy důsledkem vlivu drogy různé intenzity, časového rozložení, individualizovaného účinku a nashromážděných, dlouhodobě působících a mnohdy gradujících negativních životních situací.

Podle vztahu k abúzu psychotropních látek lze odsouzené rozdělit do čtyř skupin.

Do první skupiny náleží ti, kteří mají se zneužíváním zkušenosti už z civilního života a ve výkonu trestu v abúzu pokračují.

Druhou skupinu tvoří jedinci závislí primárně na alkoholu, pro něž je zneužívání jiných látek pouze náhražkou, experimentováním a po ukončení trestu se vracejí zpět k alkoholu.

Třetí skupinu představují osoby bez závislosti, které si občasným požíváním zpřijemňují výkon trestu nebo drogu jen ochutnají a necítí potřebu se k ní vracet.

Čtvrtá skupina není příliš početná. Tito odsouzení abúzus drogy rozhodně popírají a hovoří často s pohrdáním nebo odsudkem o odsouzených, kteří drogy užívají.

3) Zmapování výskytu jedinců s drogovým problémem

Soubor 148 zkoumaných odsouzených tvořili odsouzení, kteří měli záznam o jejich problému s drogou. Ve výzkumném souboru bylo možno rozlišit 3 základní skupiny:

1. skupina - závislost byla prokázána, často je nařizováno léčení, které se má vykonat, nebo bylo již v minulosti vykonáno, či započato, ale neúspěšně,
2. skupina - odsouzení s astmatickým onemocněním, kteří jsou odkázáni na pravidelné užívání léků, a bývají proto zdrojem nátlaku, šikanování, vydírání a vmanipulování do obchodu s léky,
3. skupina - časté nadbytečné užívání až cílené zneužívání léků (v případě jejich nedosažitelnosti nahrazování drogou, alkoholem) v situacích deprese, zdravotních problémů, které vznikají z frustrace, z prožívané bezvýchodnosti životní situace, z neřešení, odsouvání a hromadění problémů samotným odsouzeným.

Charakteristika zkoumaného souboru ve sledovaných položkách:

Věkové složení souboru: 28 % odsouzených zahrnutých do skupiny jedinců s problémy s drogou bylo ve věku od 19 - 21 let, 26 % tvořili odsouzení od 21 do 25 let, 45 % odsouzených bylo od 25 do 30 let. Necelé 1 % tvořili ostatní odsouzení do věku 36 let.

Skupina odsouzených č. 1, u kterých byla prokázána drogová závislost, byla zastoupena věkovou hranicí do 28 let.

Skupina odsouzených č. 3, kde šlo o zneužívání léků v důsledku deprese a zdravotních problémů byla věkově starší. Kumuloval se v ní větší počet lidí od 28 let až do 46 let.¹⁶

Dosažené vzdělání:

U mladistvých vzhledem k jejich věku šlo převážně o nedokončenou profesní přípravu a v 1 případě mladistvý nenastoupil ani do práce, ani nezačal žádné vzdělání.

Dospělí vězni ve vzorku v 10 % dosáhli úplného středoškolského vzdělání s maturitou a v 15 % středoškolského vzdělání bez maturity (nedokončení výučního oboru), 5 % odsouzených bylo vyučeno a ostatních 60 % odsouzených bylo bez jakékoli profesní přípravy.

Zaměstnání před uvězněním

V souboru mladistvých byl jen 1 zaměstnan, ostatní nezaměstnaní.

V souboru odsouzených dospělých bylo 15 % zaměstnáno, 85 % nezaměstnáno a 1 osoba byla v invalidním důchodu.

¹⁶ Věkové složení vězňů je vždy ovlivněno především trestní politikou. Vzhledem k současným depenalizačním snahám ve věznicích převládají ve srovnání s celou delikventní populací o několik let starší osoby. (MA)

Osobní život odsouzených - partnerské vztahy

V souboru mladistvých odsouzených nebyl nikdo ženat, všichni byli svobodní.

V souboru dospělých odsouzených bylo cca 60 % odsouzených svobodných, cca třetina rozvedených a více než 10 % ženatých. Z uvedeného rozložení je patrné, že se této skupině odsouzených nedaří navazovat adekvátní partnerské vztahy a zde může být (dle názorů šetření provádějících pracovníků) uložen zdroj frustrace a prožívání sociální nezakotvenosti, nesounáležitosti.¹⁷

Trestná činnost

Ve zkoumaném souboru mladistvých odsouzených i odsouzených dospělých se převážně jednalo o souběh trestných činů - o vícedruhovou trestnou činnost – téměř 90 % bylo odsouzeno za několik trestných činů¹⁸. Majetková trestná činnost se vyskytovala v 85 % případů spáchaných trestných činů, dále byla zastoupena trestná činnost dle §§ 187, 187a, 188, 188a, která činila 15 % případů, ostatní trestné činy zastupovaly násilné trestné činy a trestné činy proti pořádku ve věcech veřejných. Recidiva se vyskytovala ve všech uvedených 3 skupinách osob s drogovými problémy, ať jde o závislé jedince nebo jedince zneužívající léčiva. Z toho lze usuzovat, že **vztažnost k droze u odsouzených se odvíjí v širším rámci sociálního selhávání, které se projevuje v recidivujícím konfliktu se zákonem.**¹⁹

Nařízené ochranné léčení

V souboru mladistvých odsouzených byla nařízena ochranná léčba jen v jediném případě. V souboru dospělých odsouzených bylo nařízeno léčení ve 14 případech, což činí 10 % z celého souboru. V jediném případě si odsouzený sám podal žádost o převedení do specializovaného oddělení do věznice Plzeň - Bory. Většina – 90 % odsouzených - nebyla zachycena v žádném specializovaném působení, směřujícím k odstranění problémů s drogami.

Vězeňský personál nebo ošetřující lékař může dát podnět, aby odsouzený s drogovými problémy byl zařazen do oddělení pracovně nazývaného „bezdrogové,, (s bezdrogovým režimem), kde je snížena pravděpodobnost možnosti kontaktu s drogou.

***Bezdrogový režim** představuje řadu opatření, která sledují minimalizaci možnosti kontaktu s drogou, zvýšený počet kontrol, stejně tak zvýšenou pozornost soustředěnou na výchovně - terapeutické zvládnutí drogového problému odsouzených. Vězeňský personál, který na tomto oddělení působí, plní úkoly sekundární i terciární prevence ve vztahu k odsouzeným, vymezené Souborem protidrogových opatření Vězeňské služby ČR. Vychovatelé za spolupráce specialistů - psychologa, pedagoga, sociální pracovníce, lékaře a lékaře psychiatra působí na odsouzeného, aby začal svůj problém s drogou řešit. Záměrem je podnítit motivaci odsouzeného, aby vzal za své (zvnitřnil) důvody, proč se rozhodnout k abstinenci, nebo požádal o umístění do specializovaného oddělení věznice Plzeň, aby nezaujímal negativistický postoj k ochrannému léčení, které má vykonat po VTOS, případně dle závažnosti - požádal o léčení (např. ambulantní).*

¹⁷ Pozn.: Dle našeho názoru je tomu spíše naopak: problémoví jedinci mají problémy též s partnerskými vztahy. (MA)

¹⁸ U drogových deliktů je to běžné už vzhledem k jejímu členění do několika ustanovení tr.zák. Totéž často platí i u krádeží, které jsou nejčastější trestnou činností páchanou tímto druhem pachatelů. (AM)

¹⁹ Zjednodušeně řečeno : tak jak recidivují některé osoby v užívání drog, recidivují i v trestné činnosti, která s užíváním drog obvykle souvisí. (AM)

Úsilí vězeňských pracovníků směřuje k tomu, aby odsouzený přebral odpovědnost za svůj problém s drogou a on sám za pomoci vychovatele a specialistů se dopracoval k přesvědčení o důležitosti a prospěšnosti léčení pro svou vlastní osobu.

4) Faktory ovlivňující specializované zacházení s vězňenými s abúzem drog

Problematika drog a drogové závislosti je mnohofaktorově podmíněna a je v těsném vztahu k dalším sociálně negativním celospolečenským jevům, ale také tkví v osobě jedince. Získané poznatky z výzkumů kriminálních toxikomanů směřují k potvrzení předpokladu, že k **návykovému chování predisponuje především jedinec s asociální poruchou osobnosti**, projevující se výskytem záškoláctví, toulkami, útekami z domova, drobnými krádežemi a prvními kontakty s policií ještě před obdobím adolescence.

Poruchy sociálního vývoje pokračují v období adolescence v podobě profesionální maladaptace, absencí a konfliktů v zaměstnání, časté příslušnosti ke kriminálním toxikomanickým skupinám.

Droga v každém případě uplatňuje svůj vliv v naplňování - zvládání vývojových úkolů mladistvého jedince, i jedince dospělého, **tento proces ztěžuje, problematizuje, drammatizuje, časově opožďuje, zastavuje nebo dokonce dosažený vývoj degraduje**. Poruchový sociální vývoj těchto jedinců je pak zákonitě spojen se zkušenostmi z léčebné či sankční povahy reakce společnosti na ně.

Faktory ovlivňující specializované zacházení (případně ochranné léčení problémového užívání drog) se v současné praxi výkonu trestu odnětí svobody jeví následovně:

⇒ **Se stoupajícím počtem vězňených v ČR se zvyšuje i prokázaný (evidovaný) počet vězňených, kteří mají problém s drogami** (a to i při vysoké latenci tohoto problému).

⇒ **Přeplněnost věznic** zapříčiňuje ztížení realizace kontrol transferu, abúzu drog ve věznicích.

⇒ **Nenaplněnost požadovaného počtu vězeňského personálu** ve věznicích ČR.

Tato skutečnost ovlivňuje reálné možnosti věnovat se jednotlivým problémům penitenciárního zacházení s vězňenými v celém kontextu dalších problémů, které jsou stejně závažné a naléhavé jako problém drog. Je třeba podtrhnout, že ani fyzická naplněnost pracoviště ještě nezaručuje kvalitní odbornou realizaci penitenciárního procesu.

⇒ Nepříznivě vychází též **rozvrstvení pracovníků dle služebního zařazení** vzhledem k vlastnímu odbornému, specializovanému zacházení s vězňenými.

Téměř 70 % celkového objemu pracovníků Vězeňské služby ČR spotřebovává administrativa, strážníci a dozorcí. Specialisté mají zastoupení v celkovém objemu pracovníků cca 1 %, vzdělávací a výchovní pracovníci 7 %, lékaři 2 %, zdravotnický personál 4 %.²⁰

⇒ V důsledku ekonomické a politické situace státu došlo k omezení materiálních zdrojů a především k restrikci finančních prostředků.

V plánovaných záměrech na jednotlivá léta se neuskutečnily vhodné materiální předpoklady povahy technické, zabezpečovací, počítačové pro zabezpečení výkonu vazby a výkonu trestu odnětí svobody, (tak jak bylo dohodnuto při schválení "Koncepte rozvoje vězeňství v ČR v roce 1991). Tato situace, dle názoru dr. Černíkové, ovlivňuje možnosti uplatňování diferenciovaného zacházení s vězňenými a činí ve svých důsledcích obtížnější výkon služby především vězeňským pracovníkům.

²⁰ Skladba vězeňského personálu se věznic od věznic značně liší a také zahrnování do této skladby pracovníků Generálního ředitelství a pracovníků dalších specializovaných institucí, působících v rámci Vězeňské služby či mimo ní, údaje o odbornosti personálu dosti zkruskuje. (AM)

⇒ **Modernizace věznic.**

Zkvalitnění systémů ochrany střežených objektů a technické programové zabezpečení administrativy by přispělo k ušetření plánovaných pracovních sil a tím by byla **vytvořena možnost restrukturalizace** pracovních sil do oblasti penitenciárního zacházení s vězňnými.

Poměrně nízká zaměstnanost odsouzených, která se v průběhu roku 1996 pohybovala okolo 40 %.

Odsouzeným následkem nezařazení do zaměstnání vzniká velký přebytek času, který často využívají k promýšlení a osnování možností dostat se k droze. V silách vězeňského personálu není naplnit adekvátně celý tento časový prostor prospěšnými výchovnými nebo vzdělávacími aktivitami, ale to také z **důvodu neochoty a neschopnosti vězňných profitovat z těchto činností**. Specifickou a velmi obtížnou situaci tvoří skupina odsouzených - recidivistů, kteří se umí „dovedně“, pohybovat ve věznicích a přijít si na svou drogu. Narůstá počet vězňných, kteří před výkonem vazby a výkonem trestu několik let nepracovali. Nepříznivé možnosti zaměstnávat odsouzené (bylo by vhodné i obviněné, projeví - li zájem) prohlubují problém udržet si dovednost pracovat, problém pracovního výkonu a schopnosti vykonávat zaměstnání, což může mít svůj důsledek v kriminální recidivě, v „řešení“, problému drogou a ve sklouznutí do závislosti.

⇒ **Zlepšují se možnosti diferencovaného - specializovaného zacházení s vězňnými s problémovým užíváním drog a drogově závislími:**

- Téměř ve všech věznicích (až na 2) jsou vybudovány poradny drogové prevence.
- Detoxikace drogově závislých je prováděna ve vězeňských nemocnicích.
- K 1.7. 1998 dojde ke zvýšení počtu míst specializovaného oddělení ve věznici Plzeň na 144 míst. Vládou požadovaných 150 míst se podaří uvést do provozu v průběhu roku 1998, což bude dříve, než bylo plánováno.
- Ve věznici Rýnovice byly dokončeny finančně náročné stavební úpravy pro specializované oddělení bezdrogové zóny.
- Věznice Pardubice má též zpracován projekt k zřízení specializovaného oddělení bezdrogové zóny - pro ženy. Tímto přibudou 2 oddělení specializovaného zacházení. Ve věznici v Plzni a Rýnovicích budou experimentálně zavedeny a ověřovány programy tzv. "bezdrogových zón", které budou zaváděny do ostatních věznic po jejich ověření.
- V blízké budoucnosti **dojde k jasnému vyjádření, zda specializované oddělení v Plzni získá akreditaci pro provádění ochranné léčby** v dané specializaci.
- S rozšířením počtu specializovaných oddělení vzniká otázka **získání specialistů do věznic** - zvláště kmenových lékařů - psychiatrů a **také otázka odborné připravenosti pracovníků**, kteří by měli na těchto odděleních pracovat při jejich početním rozšíření. Nezodpovězenou otázkou zůstává obecnější úroveň připravenosti personálu čelit a napomáhat řešit problém drog ve věznici. **Řešení tohoto problému nemůže být jen v rovině realizace kontrolních opatření**, obzvláště citlivá je realizace **sekundární a terciární prevence** a zde se jedná nejen o znalosti, **ale o specializované dovednosti a určité osobní předpoklady nezbytné pro realizaci tohoto léčebného a sociokorektivního zacházení s vězňnými.**

b) slovenský výzkum realizovaný v roce 1997

Výzkumná šetření k drogové závislosti ve věznicích nejsou prováděna jen v Čechách. Např. v letech 1996-1997 obdobné výzkumné šetření jako pracovníci Policejní akademie ČR provedla i naše slovenská kolegyně PhDr. Darina Havrlentová. Výzkum „Osobnost

odsouzeného toxikomana,²¹ provedla s cílem získat maximum informací o osobnosti odsouzeného toxikomana v podmínkách slovenských věznic. Do výzkumu bylo zahrnuto 100 odsouzených toxikomanů (z toho 5 žen), kteří nastoupili do výkonu trestu odnětí svobody v průběhu od dubna 1996 do dubna 1997 (tj. jednoho roku), a to do věznice v Bratislavě. Kontrolní soubor tvořilo 100 vězňů (z toho 9 žen), kteří nebyli drogově závislí a nastoupili v tomtéž období v téže věznici do výkonu trestu odnětí svobody a absolvovali psychodiagnostické vyšetření.

Výsledky srovnání obou skupin lze shrnout takto:

- 1) pokud jde o sociální prostředí zkoumaných toxikomanů
 - častěji než vězni z kontrolního vzorku pocházeli z úplných a méně početných rodin,
 - muži byli častěji svobodní,
 - měli nižší úroveň vzdělání a zřídka absolvovali základní vojenskou službu.
- 2) pokud jde o trestnou činnost spáchanou toxikomany
 - tak, když nepočítáme drogovou kriminalitu, častěji byli stíháni za majetkovou trestnou činnost a méně násilnou než odsouzení z kontrolního vzorku,
 - byl jim uložen významně kratší trest odnětí svobody.
- 3) pokud jde o další charakteristiky
 - častěji se mezi toxikomany vyskytovaly pokusy o sebevraždu,
 - všichni byli kuřáky,
 - dosahovali lepších výsledků v psychologických testech měřících úroveň myšlení, schopnost racionální a emotivní korekce svého chování atd.

Nejvýznamnějším výsledkem šetření bylo potvrzení známého poznatku, že drogová závislost kriminalizuje jedince bez ohledu na to, zda drogu začal užívat před kriminální kariérou nebo zda droga je součástí jeho kriminální kariéry.

Dalším významným výsledkem pak bylo zpracování **psychologického profilu osobnosti odsouzeného toxikomana:**

- je to svobodný muž v průměrném věku 24 let s trvalým bydlištěm v Bratislavě,
- páchá převážně majetkovou trestnou činnost a tzv. drogovou kriminalitu, za kterou si odpykává trest odnětí svobody v délce do jednoho roku,
- pochází většinou z úplné rodiny, avšak zasaženou rodinnou patologií, představovanou především alkoholismem otce, příp. kriminalitou otce a sourozenců. Má jednoho nebo dva sourozence.
- Má velmi nízkou úroveň vzdělání - především základní vzdělání nebo je vyučen.
- Neabsolvuje základní vojenskou službu.
- V průběhu drogové závislosti není zaměstnán nebo je nezaměstnaným (je veden v registru úřadu práce jako nezaměstnaný).
- Heroin začíná užívat před dovršením 20-ti let v partě nebo na podnět kamaráda. Průměrně užívá heroin 2,5 roku a je kuřák.
- Je průměrně inteligentní, bez formálních a obsahových poruch myšlení. Má dobrou schopnost přiměřeného sociálního kontaktu. Teprve postupně u něho dochází k odbourávání morálních zábran, k atrofii vyšších citů a postupné kriminalizaci osobnosti. Proti normě je

²¹ Havrlentová, D.: Osobnosť odsúdeného toxikomana, disertační práce, Filozofická fakulta University Komenského, Bratislava, 1997, 150 s. a přílohy

zvýšeně agresivní. Má zkreslenou představu o své drogové závislosti, nucenou abstinenci glorifikuje a je přesvědčený o bezproblémovosti v jejím pokračování i po propuštění z věznice. Není z tohoto důvodu motivovaný aktivně se podílet na řešení svého drogového problému. Drogová závislost představuje u odsouzeného toxikomana jeho způsob života.

Závěr práce obsahuje i **návrh preventivních aktivit v penitenciární oblasti**, které zahrnují opatření navrhovaná několik let odborníky jak v Čechách, tak i na Slovensku:

- Vězněnému toxikomanovi by se měla dostávat odborná péče již po dobu výkonu vazby. Ve vazebních věznicích by měla působit specializovaná oddělení se speciálně vyškoleným odborným personálem, jehož pracovníci by úspěšně zvládali abstinenci syndrom obviněných toxikomanů a jejich případné pokusy o sebevraždu. Okamžitou psychologickou intervencí a následně podpůrnou psychoterapií by motivovali toxikomana k léčbě drogové závislosti a připravovali obviněného na výkon trestu odnětí svobody. Protitoxikomanickou léčbu by poskytovali nejen v případech, kdy je nařízena soudem, ale i pokud o ni sám vězněný toxikoman požádá.
- Obdobná specializovaná pracoviště by měla působit i ve všech věznicích pro výkon trestu, kde by ve speciálních relativně uzavřených odděleních podle zjištěných osobnostních charakteristik byl každému toxikomanovi „ušit na míru“, resocializační a reedukační program, který by obsahoval pracovní, edukační, výcvikovo-terapeutický, volnočasový a sociální model, zaměřený na udržení, resp. posílení či vybudování pozitivních sociálních vazeb.

Návrh relativně samostatných oddělení pro výkon trestu odnětí svobody pro toxikomany je motivován poznatkem, že pouze tak lze ochránit toxikomana před kriminální nákazou ze strany ostatních vězňů a naopak zabránit toxikomanovi motivovat ostatní odsouzené začít v průběhu výkonu trestu či nejspíše po návratu z výkonu trestu experimentovat s drogou.

Součástí návrhu bylo i pojednání o stále diskutované v ČR a SR ochranné detenci a nezbytnosti proškolení o drogové problematice veškerého vězeňského personálu, který přichází do pracovního styku s vězni.

Zvláštní část byla věnována nezbytnosti kontinuální návaznosti převýchovného procesu započatého ve výkonu trestu odnětí svobody na život po propuštění z vězení – tzv. postpenitenciární péči. Je známým faktem, že většina toxikomanů se nemá z vězení kam vrátit. Proto dr. Havrlentová navrhuje vybudovat státní i nestátní centra se specializovaným personálem (v ČR se nyní uskutečňuje experiment s tzv. „domem na půl cesty,“) a „oprášit“, funkci sociální kurátora a specializovat jej na práci s propuštěnými abstinujícími toxikomany.

Nezávisle na výše uvedených výzkumných šetřeních jsme realizovali náš výzkumný projekt popsáný v samostatné kapitole.

2. Drogově závislí vězni v roce 1999

(zpráva z penologického výzkumu provedeného PhDr. Janem Sochůrkem)

K řešení úkolu zadaného Institutu pro kriminologii a sociální prevenci, jehož hlavním obsahem bylo provedení penologického výzkumu drogově závislých vězňů, byl vytvořen pracovní tým, jehož vedením byla pověřena PhDr. Marešová. Spolupracovníky do týmu si již vybrala vedoucí týmu a konkretizovala obsah jejich práce v týmu. Z řad pracovníků Institutu do týmu, kromě Marešové, byla zařazena dr. Válková, jejímž úkolem se stala komparace zahraničních materiálů k zadanému tématu. K provedení penologického výzkumu byl, po dohodě s vedením Vězeňské služby ČR, vybrán dr. Sochůrek, pracovník věznice Liberec a psycholog, který již více než 20 let se problematikou drog ve výkonu trestu odnětí svobody zabývá. Dr. Sochůrek si k provedení terénního výzkumu vybral další spolupracovníky z řad vězeňských specialistů.

Vzhledem k tomu, že penologický výzkum drogově závislých vězňů byl, jak se již stalo pravidlem, zadán a realizován mimo schválené harmonogramy úkolů na rok 1999, a to jak kolektivní, tak i individuální, děkujeme alespoň touto cestou všem těm, kteří byli výraznou měrou nápomocni provedení výzkumu. Byli to zejména ředitel odboru vazby a trestu Generálního ředitelství Vězeňské služby plk. Ing. Michal Řeháček, ředitel Vazební věznice Liberec pplk. Stanislav Joha, bc. Květa Sluková, psychologové a pedagogové věznic, kde se výzkum prováděl a mnoho dalších.

2.1. Vstup do problematiky řešené výzkumem

Zkoumání úlohy drog v kriminální vězněné populaci je naléhavým úkolem. I když první výzkumy této problematiky u nás se datují do první poloviny šedesátých let, není problematika stále uspokojivě řešena. Dlužno dodat, že vězeňství (konkrétně Výzkumný ústav penologický MS ČR) patřilo již od 60. let vedle osamělých „mohykánů“ boje proti drogám (Drtil, Rubeš, Skála) k prvním institucím, které se problémem začaly vážně zabývat. Zpočátku se jednalo o výzkumné pracovníky již zmiňovaného Výzkumného ústavu penologického, konkrétně Čepeláka, Drtila, Jirgla, Boukala, Dobešovou, kteří úzce spolupracovali při výzkumu drogově závislých vězňů se Skálou, Rubešem a dalšími psychiatry, později – v 80. letech, kdy činnost Výzkumného ústavu penologického byla násilně ukončena – se problematikou drog u vězněných pachatelů zabývali Pokora, Sochůrek, Urbanová, Zikmund aj. pracovníci Vězeňské služby.

Toxikomanické scéně ve výkonu trestu odnětí svobody byla výše jmenovanými odborníky věnována pozornost především proto, že většina z nich již od počátku většího výskytu zneužívání drog u nás, zejména již v 60. letech očekávala, že stejně jako i jiné sociálně patologické jevy, bude zneužívání drog kumulováno v delikventní populaci. Provedení výzkumných šetření uživatelů drog pak bylo nejdostupnější v průběhu odpykávání uloženého trestu odnětí svobody odsouzenými pachateli kriminálních činů ve věznicích.

Aby byla zřejmá přímá souvislost mezi rozšiřováním zneužívání drog v České republice a výskytem drogově závislých vězňů uvádíme zde místo základních východisek výzkumu historii užívání drog v posledních cca 50 letech:

Stručný nástin poválečné historie drog v České republice.

(Volně zpracováno podle Jaromíra Rubeše).

Ohledně druhé světové války byly u nás látky, které byly považovány za psychotropní, pod účinnou kontrolou. První upoutal pozornost lék Psychoton. Jeho drogová účinnost byla zachycena včas, takže českou drogovou scénu výrazně neovlivnil.

Shodně s USA a západní Evropou začalo i v Československu narůstat klima příznivé pro zneužívání drog. I když se k nám v důsledku železné opony téměř nedostávaly klasické drogy, začalo se nepozorovaně rozvíjet epidemické zneužívání léků. S vývojem naší národní toxikomanické scény přibývalo toxikomanií nealkoholových, zvláště u mladé populace. Jaromír Rubeš tento vývoj komentoval takto: „V oblasti sociální patologie mi zůstala hlavně jen smutná role Kassandry, věšticí zkázu Tróje, když jsem jako první začal upozorňovat na hrozbu drog, která se nakonec začala valit hlavně v tragickém směru k naší mládeži.“ (Nepublikovaný rukopis, zapůjčený MUDr. Rubešem dr. Sochůrkovi).

Zvláště ve druhé polovině 50. let narostla poptávka a následně i spotřeba zejména kombinovaných analgetik. Z nepochopitelných důvodů nebyl tento jev registrován jako nebezpečný, naopak byly tyto přípravky dány do volného prodeje a nazvány „analgetika široké spotřeby.“ Zvláště nebezpečné osudy, zejména z pohledu vězněné kriminální subkultury měla kombinovaná antiastmatika, zejména **Yastyl**. Dobové prameny uvádějí, že podle mapy spotřeby Yastylu šla přesně určit dislokace tehdejších nápravně výchovných ústavů.

Další epidemii znamenalo šíření přípravků Fenmetrazin a Dexfenmetrazin, které vyvrcholilo ve druhé polovině 60. let. Vedle Fenmetrazinu se začal objevovat zájem o tzv. psychofarmaka, hlavně trankvilizéry a anxiolytika, jako byly Meproamat, Radepur a Diazepam. Éra krajně nebezpečného halucinogenu LSD u nás byla celkem krátkodobá, ale mládež brzy objevila halucinogenní účinky antiparkinsonika Triphenidyl.

Ve druhé polovině šedesátých let se rovněž rozšířila, zejména v partách mládeže, inhalace těkavých chemikálií, sniffing. Postižení vdechovali výpary těchto látek, zejména Čikuli a Toluenu.

V 70. letech přešla mladá toxikomanická populace na nitrožilní injikování roztoků z léků obsahujících codein, zejména Alnagonu. Koncem 70. let se objevil pervitin.

Zejména po roce 1989 se do České republiky začaly šířit klasické drogy, jako jsou heroin, kokain, marihuana, hašiš, MDMA (extazy) a další. Dlužno dodat, že se tak potvrdily trendy, zjištěné již koncem 70. a počátkem 80. let Drtilem a Sochůrkem ve výše zmiňovaném výzkumu vězněné kriminální populace. Již tehdy bylo prokázáno, že se kriminální populace dostala do styku s heroinem, marihuanou a LSD. Z tohoto pohledu je tedy třeba vidět i drogový boom po roce 1989. Domníváme se, že změny po roce 1989 nejsou jedinou příčinou šíření drog. Trendy byly pozorovány již dříve a uvolněním společenských poměrů došlo k odbrždění řady sociálně patologických jevů včetně drog.

Dále uvádíme některé změny, které přinesl rok 1989, a které se odrazily v nárůstu drogových závislostí.

1) **Změna společenského klimatu**, ve kterém začala část zejména mládeže drogu chápat jako symbol doby.

2) Pád „železné opony“ spojený se **zvýšenou nabídkou drog** (množstvím a sortimentu). Před rokem 1989, v době uzavřených hranic, neslo pašování drog přes naše hranice vysoká rizika. Důkladné celní prohlídky, zejména na „západní“ hranici byly výstrahou náhodným kurýrům i řadě organizovaných gangů. Pravdou je, že i přes naše území některé drogové cesty vedly, avšak množství přepravené drogy nebylo veliké. Naše území nebylo navíc pro většinu těchto zásilek cílovou stanicí. Po odstranění této bariéry se pravděpodobnost odhalení mnohonásobně snížila.

3) **Zrušení pracovní povinnosti**

Pracovní povinnost byla v mnohém rovněž výrazným brzdícím momentem. Člověk, který nepřišel neomluven 6x po sobě do zaměstnání byl stíhán pro přečin 8c zákona o přečinech či pro trestný čin podle § 203 tehdy platného tr.z.. Jakákoliv dlouhodobější toxikomanická či alkoholická epizoda mohla tedy nepřímo vést až k trestnímu stíhání.

4) **Anonymita pobytu**

Tento fakt souvisí s bodem předchozím. Zároveň je však nepopiratelným faktem větší nekontrolovaný pohyb lidí, včetně cizinců.

5) **Zmizení pohružky netrestní sankcí**

Zjištění drogové závislosti před rokem 1989 u studenta střední či vysoké školy vedlo téměř vždy k vyloučení ze studia. O problému byli informováni rodiče a ti často byli bráni i k odpovědnosti. Podobně zdravotnická pracoviště a pracoviště sociální péče mohly daleko razantněji vstupovat do problému a pokoušet se ho řešit.

6) Výrazně negativní úlohu sehrála i masmédia a část odborné i polooborné veřejnosti, která vnesla do společnosti diskusi o legalizaci některých druhů drog a obecně **přenesla zájem o drogy z roviny odborné do roviny laické**.

Ředitel Národní protidrogové centrály Jiří Komorous prohlásil: „Dochází u nás k absurdním, v Západní Evropě nemyslitelným věcem, jako je vydávání publikací popisujících pěstování jednoho z druhů drog, ve veřejně-právní televizní společnosti k popularizaci tzv. měkkých drog, k pořádání koncertů na podporu legalizace jedné skupiny drog apod. To vše ve svém kontextu ve spojení se stále vzrůstající aktivitou, organizovaností a brutalitou zahraničních i domácích zločineckých skupin vytváří velice vhodné podmínky a podhoubí pro nelegální drogové aktivity a organizovaný trh s omamnými a psychotropními látkami v ČR a zapojení tohoto území do mezinárodních zločineckých aktivit..(Komorous, J.: Současná situace v oblasti nedovolené výroby, dovozu, převozu, vývozu, obchodu a šíření omamných a psychotropních látek na území ČR. In BPC č.1/1995, str.1) Dále upozorňujeme na skutečnosti, které v těchto souvislostech ukázal provedený výzkum.

2.2. Základní ve studii užívané pojmy

Pojem drogy. Členění drog.

Definice drogové závislosti i členění drog je mnoho. **Pro potřeby této studie budeme drogu definovat jako psychoaktivní látku, která má rychlý vliv na chování, vědomí a náladu člověka.**

Jinou definici podal Rubeš, který drogu považuje za „každou látku, která vpravena jakoukoliv cestou do lidského organismu zasahuje především do jeho vyšší nervové činnosti a mění dočasně pocity prožívání, nálady a vyladění duševního stavu od omámení, útlumu až po excitaci, podráždění.

Drtil (1978) podává následující definici: Drogová závislost je „psychický a někdy také fyzický stav, vyplývající ze vzájemného působení mezi živým organismem a drogou, charakterizovaný změnami chování a jinými reakcemi, které vždy zahrnují nutkání brát drogu stále nebo pravidelně pro její psychické účinky a někdy také proto, aby se zabránilo nepříjemnostem z jejího chybění. Tolerance může nebo nemusí být přítomna. Člověk může být závislý na jedné nebo více drogách. (Drtil, J.: Aktuální drogové závislosti. Avicenum, Praha 1978, str.17)

Drogy dělíme obvykle na :

Centrálně tlumivé - alkohol, barbituráty, trankvilizéry

Opiáty - heroin, morfin, kodein, methadon

Stimulancia - amfetaminy, pervitin, kokain, crack, fenmetrazin

Halucinogeny - LSD, mezkalin, psilocybin, PCP (andělský prach), „braun“

Konopí - marihuana, hašiš.

(Dle Atkinsonová,R.,Atkinson,R., Smith,E.,Bem,D.,Nolen-Hoeksema,S.:Psychologie. Victoria Publishing, Praha 1995, str. 230 a násl.)

K tomuto dělení je nutné přidat ještě:

Inhalační drogy (sniffing) - toluén, trichlór apod.

Závislosti na léčivech.

Nejnámější a nejrozšířenější tlumivou látkou je alkohol. Někteří autoři dosud dělí drogové závislosti na alkoholové a nealkoholové.

Alkohol

Obliba alkoholu spočívá především v jeho anxiolytických účincích. Po malých dávkách alkoholu se člověk cítí lépe, je živější, lépe se cítí i ve společnosti. Avšak již při poměrně nízké hladině je narušeno vnímání a motorika.

Přiměřené požívání alkoholu patří ve většině světa k běžnému bontonu a společnost alkohol a jeho požívání toleruje a pokládá za normální součást života. Odhaduje, že ve vyspělých zemích má problémy s alkoholem asi deset procent dospělé populace.

Alkoholová závislost vzniká tehdy, jestliže spotřeba alkoholu u jedince překračuje míru,

kteřou toleruje okolí i společnost a jeho spotřeba je tak velká, že poškozujė jeho zdraví i vztahy s okolím i společností.

Základními kritérii alkoholové závislosti jsou:

- neschopnost zřici se napítí
- ztráta kontroly pití (neumí si říci dost).

Ze sociálně patologického hlediska lze hovořit o přímých a nepřímých vlivech alkoholu na trestnou činnost:

Nepřímý vliv zachycujeme často v rodinných anamnézách delikventů když uvádějí jako příčinu narušování rodinného soužití či rozvratu právě alkohol.

Např. již ve výše zmíněném výzkumu 800 recidivistů bylo zjištěno, že 63 % rodin těchto vězňů bylo narušované nadměrným pitím otce, u 11 % matky a v 8 % procentech případů nadměrně pili oba rodiče.

Přímý vliv alkoholu na trestnou činnost lze pak konstatovat v kriminálních anamnézách. Alkohol je přítomen u mnoha násilných nebo mravnostních trestných činů. Příčinou je snížení nebo zmizení zábran pod vlivem alkoholu. Zvláštní kapitolou jsou pak trestné činy v dopravě, které tvoří specifickou skupinu a s kriminálním chováním mají málo společného.

Dr. Sochůrek má však za to, že pro mnoho pijanů má zvláštní význam i prostředí, kde se alkohol zpravidla požívá. Proto řada z nich považuje za nepostradatelné především prostředí hospody. Někteří pijani nejsou s to říci, co je u nich důležitější a co jim více chybí. Je možné říci, že spíše než odvyknout si od alkoholu samotného dělá těmto lidem potíže zřici se prostředí hospod a způsobu života s tím spojeného.

Opiáty

Nejznámějším představitelem opiátů je heroin (diacetylmorfin). V našich podmínkách se od počátku 70. let objevoval na domácím trhu tzv. „braun“ (dihydrocodein). Znalost heroinu kriminální populací je pak zachycena koncem 70.let. Ve větším množství k nám však pronikl až po roce 1989 a v současné době je na našem trhu druhou nejčastější drogou.

Po počáteční fázi zneužívání opiátu se člověk cítí lépe, dochází k příjemnému prožívání. Po čase se však dostavuje abstinenci syndrom a člověk se cítí normálně jen tehdy, když je pod vlivem opiátu. Postupně klesá kontrola vlastního chování. Člověk opouští zaměstnání, zájmy, blízké, opouští školu, jeho cílem je získat peníze na opatření si drogy. Často se proto dopouští trestné činnosti.

Stimulancia

Jde o drogy navozující pocit svěžesti, zvýšené výkonnosti. Člověk, který drogu užije nemá potřebu spánku, necítí se unavený. Nožina (1997) uvádí, že jejich abuzus vede někdy až k neovladatelnému chování (Nožina, M.: Svět drog v Čechách, KLP, Praha 1997, str.23)

Nejznámějšími drogami z této skupiny jsou amfetaminy, pervitin(metamfetamin),

efedrin, kokain, crack, MDMA (extasy), khat a PCP (andělský prach). Posledně jmenovaná droga je zajímavá tím, že vedle účinků stimulačních má i účinky halucinogenní.

Halucinogeny

Halucinogeny jsou typické deformací vnímání objektivní reality a jejich užívání bylo v minulosti spojeno téměř výlučně s náboženskými rituály (Nožina).

Mezi halucinogeny patří jak látky přírodního původu (psilocybin, meskalin) tak látky syntetické (LSD).

Některé halucinogeny se těšily značné oblibě zejména mezi umělci a např. LSD byla v 60. letech v USA dokonce otevřeně propagována. Nebezpečnost drogy je zejména v nevypočitatelnosti jejích účinků. Charakteristickým jevem při požívání halucinogenů je tzv. flashback. Jde o náhlý návrat ke stavům jako po požití drogy, i když ji subjekt aktuálně několik týdnů i měsíců nepožil.

Kanabis a jeho deriváty (konopí)

Nejznámějšími drogami z této skupiny jsou marihuana a hašiš. Psychotropní účinky konopí byly známy již kolem roku 3000 př.n.l., ve své Odyssee se o něm zmiňuje i Homér.

Marihuana se dnes lavinovitě šíří a jejímu rozšíření „prospěla“ i neblahá popularizační kampaň, vedená dokonce ve veřejnoprávních médiích či publikacích některými sdruženími a odborníky. Někteří autoři považují tyto drogy za vstupní bránu do světa drog tvrdých, jiní jejich nebezpečí bagatelizují, usilují o jejich legalizaci a vydávají je za součást životního stylu mladé generace. Dr. Sochůrek se přiklání k názorům, které prezentují škodlivost těchto drog nejen po stránce zdravotní, ale zejména s ohledem na možný přechod experimentátora k účinnějším drogám. Zanedbatelné nejsou ani důsledky pro osobnost postiženého včetně jeho psychosociálního vývoje.

Těkavé látky (inhalanty, sniffing)

Nejznámějším a nejnebezpečnějším představitelem je toluén. Je jednou z nejtvrdějších drog a i k drogám poměrně liberální Nizozemí jej označuje za drogu neakceptovatelnou. Základním pozorovatelným psychopatologickým fenoménem je pasivní postoj k abnormálním prožitkům i nebezpečí otravy a smrti. Po inhalaci jsou patrné poruchy vědomí, vznikají abnormální jevy především zrakové, ale i sluchové. Vyhasínají emoce, utlumuje se psychomotorika, později nastupuje strach, který většinou nemá konkrétní podobu člověka, bytosti nebo jevu a proto bývá označován jako strach z neznámého. Čičači přecházejí později převážně na jiné drogy, Ti, kteří u čichaných drog zůstávají, patří z hlediska léčebného mezi nejhůře zvladatelné případy.

Zneužívání léčiv (tzv. malé drogy)

V krátkém historickém exkurzu jsme upozornili na skutečnost, že léčiva sloužila v minulosti převážně jako náhražky za nedostatkové klasické drogy.

Zneužívají se zejména:

Analgetika a antipyretika: Větší dávky jinak tlumících analgetik vedou někdy paradoxně k

euforické reakci, Osoby aktuálně závislé na analgetikách se projevují kolísáním nálad, útlumem, celkovou rozladou.

Psychostimulancia:

Jsou zneužívána s cílem povzbuzení, zvýšení výkonu, pocitu síly.

Anxiolytika.

Nejznámější z nich jsou Meproamat, Radepur, Diazepam. V průběhu abúzu se mění osobnost, klinický obraz lze shrnout jako výrazně nepřiměřené chování.

Antiaistmatika

Jsou vyhledávána pro své povzbuzující účinky, velmi oblíbená byla ve vězněné kriminální subkultuře.

Barbituráty

Závislosti na těchto léčivech jsou velice časté. Typická je nutnost zvyšování dávek. Vězněná kriminální subkultura je označuje slangovým výrazem „spafky“.

Zneužívají se i další skupiny léčiv. Ve vězněné kriminální subkultuře jsou oblíbené všechny skupiny léčiv.

V minulosti byly zjišťovány určité vlny oblíbenosti léčiv. Nejprve to byla stimulancia a antiaistmatika. Cílem bylo zvýšit výkon zejména proto, že pracovní výkon vězně byl významnou součástí výchovného procesu a tvořil jádro hodnocení vězně pro podmíněně propuštění či zařazení do nižší nápravně výchovné skupiny nebo v rámci vnitřní diferenciaci.

Jindy byla oblíbená léčiva, dodávající vězňům pocit klidu, „být nad věcí“, to, co se označovalo jako ataraktický cíl.

Poslední vlnou oblíbenosti bylo vyvolání neobvyklých pocitů a zážitků, proto byly preferovány halucinogeny. Poměrně dobře dostupný byl Triphenidyl.

Náhražkové drogy, připravované vězni.

Nejoblíbenější náhražkovou drogou zůstává „magorák“. Magorák je silný vývar čaje kombinovaný s dýmkovým tabákem. Někdy do něj vězni přidávají některá léčiva, zejména analgetika. pak mluví o tzv. řezaném magoráku.

Podle našich zjištění nemá magorák výraznější psychotropní účinky. Vězni spíše mluví o rituálu vaření a pití. **Tajné sesednutí se po večerce a často i tajná příprava nápoje jim připomíná prostředí doupat zapadlých putyk, která jsou pro mnohé z nich domovem.**

Další skupiny představují tzv. „kvašáky“ neboli „čuča“. Jsou to alkoholické nápoje pochybné chuti i kvality, připravované nejčastěji zkvašením kompotů, ovoce nebo i chleba. Tyto nápoje nejsou vězni příliš oblíbeny proto, že jsou příslušníky vězeňské stráže nalezeny ještě dříve, než je mohou požit. Zápach z kvašení na malé cele většinou pozornosti neujde.

Poslední skupiny tvoří tzv. „kulery“. Jde o rozmanité nápoje, připravované např. s přísadkou Ironu nebo vzniklé vařením pasty na parkety či linolea a následnou kondenzací par.

V současné době je, i v návaznosti na dříve získané odborné poznatky, zpracována a uváděna v život střízlivá a uskutečnitelná koncepce protidrogových opatření v podmínkách

vězeňství.

2.3. Výzkum drogové závislosti v roce 1999 v ČR vězňených osob

a) Cíl a předmět výzkumu

Cílem této části penologického výzkumu se stalo zmapování současného stavu a trendů drogové problematiky u vězňené kriminální subkultury. I když má vězeňství zpracovanou poměrně realistickou koncepci boje s drogami za zdi vězení, chybí zatím ucelený výzkum toxikomanické scény současné vězňené populace.

Uskutečněný výzkum je pokládán za první část širěji koncipovaného výzkumného pohledu na problematiku drogově závislých vězňů a zacházení s ní i v průběhu výkonu trestu odnětí svobody.

Úloha drog ve vězeňství je tradičně nazírána způsoby, které lze shrnout do několika bodů:

1) Drogy jsou ve vězeních okrajovou problematikou, která nemůže významnějším způsobem zasáhnout do vnitřního života v nich.

Jde o názor laický, neodborný a ve svých důsledcích velmi škodlivý. S jistou dávkou úlevy lze říci, že jde již o postoje více méně ojedinelé a izolované, zjevně patřící minulosti.

2) Vězení jsou „rozbušky“, ze kterých se drogy šíří do společnosti.

Podobně jako předchozí bod je i tento názor překonaný. Prosazován byl v minulosti, kdy se vládnoucími kruhy velmi nelíbily signály o zneužívání drog, zejména mezi mladou populací a vše bylo záhodno svést na třídní nepřátele. Z ideologických důvodů se nehodilo posuzovat drogy jako sociálně patologický jev, který se nevyhnul ani tzv. socialistické společnosti. Proto se vysvětloval ideologickou diverzí, přežitky kapitalismu a v neposlední řadě se podsouval právě delikventní subkultuře, jakožto odpadlíkům a škůdcům společnosti. Nutno dodat, že v odborné veřejnosti se tento názor nikdy neujal. Přesto však významně ovlivňoval oficiální úhel pohledu na problematiku, který se jen velmi pozvolna dařilo měnit.

3) Drogy pronikly i za zdi vězení a je nutno s nimi počítat, mapovat jejich výskyt, způsoby distribuce do vězení a ve vězení i to, jak mohou ovlivnit život jednotlivých vězňů i celých vězeňských kolektivů.

Tento realistický přístup prošel trnitým vývojem a na jeho počátku stáli výše zmínění odborníci. Zde se pokoušíme odpovědět na naznačené otázky. Chceme především prokázat naléhavost problematiky drog i v tak izolovaných zařízeních, jakými jsou vězení a zřejmou souvislost toxikomanické scény ve vězeních s drogovou problematikou „venku“. Chceme prokázat, že drogy jsou výrazným kriminogenním faktorem.

Hlavní smysl této části studie pak spatřujeme v porovnání současných trendů drogové problematiky mezi delikventní vězňenou populací se situací před zhruba dvaceti až patnácti lety, kdy byl prováděn Drtilem a Sochůrkem longitudinální výzkum této problematiky.

b) Použitá metodika

Za základní metodu provedeního šetření byl zvolen **dotazník DROGAN SF-3/K**. Jde o 32 položkový dotazník, konstruovaný původně autory Sochůrkem a Falářem (1996) k orientačnímu vyšetřování postojů mladé populace k drogám. Dotazník je používán v současné době k vyšetřování velkých skupin mladé populace a je jím vyšetřeno již zhruba 40.000 respondentů.

Metoda byla ve své původní podobě pro podmínky vězeňství použitelná jen částečně, protože v její základní verzi chybí z pochopitelných důvodů otázky na kriminální kariéru apod. Proto **byl modifikován do verze K (kriminální)**. **Modifikaci provedli Sochůrek a Sluková (1999)**.

c) Popis a charakteristika zkoumaného vzorku

Vzorek byl vybírán tak, aby rámcově pokryl celé spektrum vězňených kriminálních pachatelů. Vycházeli jsme zejména z potřeby zmapování současné toxikomanické scény v podmínkách výkonu trestu odnětí svobody. **Přidrželí jsme se proto vnější diferenciaci kategorií vězňů, tedy podle pohlaví, dále na mladistvé, poprvé vězňené a ty, kteří jsou ve výkonu trestu odnětí svobody (dále též VTOS) minimálně podruhé.** To kopíruje do značné míry dělení věznic do skupin, kam zařazuje soud do výkonu trestu.

Výběr konkrétních respondentů byl náhodný. Jednotliví testátoři ve věznicích (převážně speciální pedagogové a psychologové věznic) byli instruováni, aby vybrali náhodně např. jednu ubytovnu apod. Pouze jsme upozornili, aby byli vyřazeni vězni, kteří by vzhledem k rozumovým schopnostem dotazník nebyli schopni hodnotně vyplnit nebo vězni negativističtí.

Výzkum byl prováděn v těchto **věznicích**:

Mladiství: věznice Opava a Všeřdy

Dospělí muži poprvé vykonávající trest odnětí svobody ve věznici: věznice Oráčov, Opava, Jiřice, Všeřdy, Odolov

Dospělí muži opakovaně trestaní, příp. opakovaně vězňení: věznice Rýnovice, Příbram, Heřmanice

Dospělé ženy: věznice Řepy, Pardubice, Opava

Vyšetřeno bylo celkem 496 odsouzených, z toho:

-110 mladistvých chlapců

-118 dospělých mužů, kteří poprvé vykonávali trest odnětí svobody ve věznici

-152 dospělých mužů opakovaně trestaných, příp. vězňených

-116 dospělých žen , z toho 8 žen bylo již dříve trestaných či vězňených.

Některé dotazníky, z důvodu jejich chybného vyplnění vyšetřovanými respondenty, musely být vyřazeny z konečného zpracování. Proto skutečný počet vězňů (jimi vyplněných dotazníků) zařazených do výzkumu se mírně snížil a činil :

- 93 mladistvých chlapců

- 98 dospělých mužů prvně vězňených,

-137 dospělých mužů opakovaně trestaných či vězněných
-108 dospělých žen, z toho 8 žen dříve trestaných či vězněných.

Při zpracování závěrů výzkumu byly použity poznatky získané jen ze správně vyplněných dotazníků, a to od celkem 436 odsouzených.

TAB č. 1: Průměrný věk jednotlivých zkoumaných skupin (N=436)

Mladiství (dále označovaní jako ML):	17,8 let
Muži poprvé věznění (označovaní též jako MPV) :	25,4 let
Muži opakovaně trestaní či věznění (označovaní též jako MOTV):	27,5 let
Ženy (označované též jako Ž):	28,9 let

Z průměrného věku je zřejmé, že všechny zkoumané dospělé skupiny se do rizikového věku dostaly právě až kolem roku 1989 či těsně před ním nebo po něm. Za rizikový věk jsme pokládali před výzkumem zhruba 16. až 18. rok věku. Výsledky výzkumu (viz dále) ukázaly však jinou situaci, zejména u mladistvých delikventů.

TAB č. 2 : Pobyty ve výkonu trestu (N=436)

	ML	MPV	MOTV	Ž	Celkem
poprvé ve VTOS	71	98	54	100	323
dříve 1x ve VTOS	18	0	35	5	58
dříve 2 a vícekrát ve VTOS	4	0	48	3	55

Údaje z tabulky č.2 ukazují, že ve zkoumaném vzorku převládali vězni, kteří byli prvně věznění. Přibližně 25 % vězňů ze zkoumaného vzorku již ve VTOS byli. Toto rozložení poměrně dobře umožnilo posoudit jak nové vlivy na drogové scéně ve vězení (dříve netrestaní, nevěznění) proti těm, kteří již ve VTOS byli a mohou mít drogové zkušenosti nejen „z civilu“, ale i z prostředí věznic.

Rovněž nás zajímalo, v kolika letech se respondent dostal prvně do vězení.

TAB č. 3: Věk respondenta, ve kterém byl prvně uvězněn

	ML	MPV	MOTV	Ž
15 let	16	0	11	1
16 let	22	0	19	4
17 let	36	0	28	4
18 let	19	1	23	6
19 let	0	15	14	19
20 let	0	18	9	21
21	0	12	4	19
22		12	7	11
starší do 30 let		26	15	13
nad 30 let		14	7	10

Vzdělanostní úroveň zkoumaného vzorku ukazuje následující tabulka.

TAB č.4: Nejvyšší ukončené vzdělání zkoumaného vzorku (údaje v %)

	ML	MPV	MOTV	Ž
ZŠ	88,2	32,7	38,7	48,1
vyučen	10,8	50,0	48,9	36,1
maturita	0	15,3	12,4	13,0
VŠ	0	2,0	0	1,9

Pozn.: Součtová chyba do 100 % ve sloupci vznikla zaokrouhlením na jedno desetinné místo.

Vyšší vzdělání než základní má většina zkoumaného vzorku s výjimkou mladistvých. (U mladistvých jde o pochopitelný výsledek. Vzhledem k věku, ve kterém byli uvězněni se jen výjimečně mohli již vyučit či absolvovat střední školu). U zkoumaného vzorku žen převažuje počet těch, které nemají pouze základní vzdělání, pouze nevýznamně ty, které je mají. Údaj u skupiny žen by zasloužil později bližší samostatné zkoumání.

Zároveň jsme zkoumali velikost aglomerace, ve které odsouzený v občanském životě žije. Obecně se předpokládá, že rizikovějšími místy pro případný začátek drogové kariéry jsou velká města. Ještě před dvaceti lety byly drogové závislosti doménou velkých měst, která zaručovala anonymitu. Výskyt drog na malých městech a vesnicích byl velmi malý až zanedbatelný. Výrazný negativní posun v této problematice ukazuje tabulka .

TAB č.5: Velikost aglomerace, ve které respondenti žijí v občan. životě (údaje v %)

	ML	MPV	MOTV	Ž
Vesnice	10,8	24,5	15,3	13,9
město do 5tis.obyvateľ	10,8	7,1	3,6	9,3
město do 10tis. obyv.	14	9,2	8	13,9
město do 50tis.	35,5	20,4	23,4	26,9
město do 100.000 obyv.	17,2	12,2	13,9	12
město nad 100.000 obyv.	21,5	25,5	35	24

d) Teoretická východiska výzkumu

*** Drogy a trestná činnost**

Pro úplnost studie je nezbytné se zmínit i o našich teoretických východiscích úlohy drog v oblasti trestné činnosti. Tato problematika se často zužuje na ty trestné činy, ve kterých droga figuruje v hmotné podstatě trestného činu (§ 187 ad.tr.z.). Avšak větší skupinu trestných činů tvoří ty, které jsou s drogami nějak spojeny, např. nezákonné opatření si prostředků na nákup drogy např. loupeží apod.

Podstatná část distribuce drog na našem území je ovládána tzv. organizovaným zločinem, pod tímto názvem jsou však často míněny i organizované skupiny – nejen zločinná spolčení.

Obvykle se uvádějí tyto podmínky, které tvoří příznivé klima pro existenci organizovaného zločinu:

- nedostatečné požadavky na uznání legálního pobytu cizinců v ČR
- jednoduchost zakládání krycích firem
- malé riziko při praní špinavých peněz
- relativně nízké životní náklady a nízké náklady na provozování krycích firem
- etnická soudržnost
- praxe získaná v jiných zemích
- dobrá etablovanost ve finančním sektoru
- nízké trestní sazby za drogové delikty
- ochota občanů se za nízkou odměnu zapojit do obchodu s drogami
- vysoká pravděpodobnost uchránění majetku získaného z drogového obchodu před propadnutím.

Trestnou činnost v oblasti drog proto rozdělujeme takto:

1) Trestná činnost výrobců a distributorů drog.

Jde o typickou trestnou činnost spojenou převážně s nižšími či vyššími formami organizovaného zločinu. Podílejí se na ní jak nadnárodní zločinecké syndikáty, tak místní mafie. Zatímco nadnárodní uskupení se soustřeďují na výrobu drog a jejich tranzit do cílové země, pak místní formy organizovaného zločinu ji doručují k uživateli. Přitom na nejrizikovější fázi, tedy dealerství, se obvykle podílejí osoby stojící mimo tyto organizované formy zločinu.

2) Trestná činnost páchaná pod vlivem drogy.

Jde o čin kriminální povahy spáchaný v době, kdy je pachatel pod přímým vlivem drogy, jež bezprostředně působí na jeho chování a jednání. Statistiky některých zemí uvádějí, že 30- 40 % trestných činů je spácháno pod přímým vlivem drogy. Dr. Sochůrek se spíše přiklání k menšímu procentu. Výše uvedené odhady jsou patrně ovlivněny právě nejednotným definováním této kategorie trestné činnosti. Např. Nožina (str.282) uvádí, že pod vlivem drogy bylo v roce 1995 spácháno 633 trestných činů, převážně majetkové a násilné povahy. Štáblová a Budina naproti tomu konstatují, že v roce 1998 bylo pod vlivem drogy spácháno v ČR 4066 trestných činů a to 1910 pachateli. Konkrétně šlo o 211 násilných trestných činů (z toho 5

vražd), 465 podvodů, 739 krádeží, 451 krádeží vloupáním. (BNC 2/99). K těmto výsledkům je nutné přistoupit kriticky, zejména pro velkou latenci jevu (Často není souvislost mezi drogou a trestnou činností vůbec zjištěna nebo naopak se zjistí, že pachatel drogy bere a jeho trestná činnost se zařadí do této kategorie, i když konkrétní trestný čin pod vlivem drogy vůbec nespáchal. Přirozenou nedůvěru k uváděným statistikám budí i způsob sběru tohoto druhu údajů v rámci statistiky Policie ČR).

3) Trestná činnost páchaná za účelem získání drogy (nebo prostředků na její nákup).

Tuto kategorii definujeme jako „opatření si drogy či získání prostředků na její nákup sociálně patologickým chováním nebo nelegálním způsobem, zpravidla trestnou činností. Některé prameny uvádějí, že až 75 % trestných činů spáchaných toxikomany má tuto motivaci. Toxikomané nejčastěji páchají majetkovou trestnou činností, podvody, vloupání, ale i násilnou trestnou činností. Často si na svoji dávku drogy vydělávají prodejem a distribucí drog dalším narkomanům. Frekventovanou formou je i získávání prostředků prostitucí.

Toxikoman může též k trestné činnosti jako způsobu jak získat drogu sáhnout sekundárně. Zpočátku si může peníze půjčovat, získávat je prostitucí či gamblingem. Zejména poslední způsob jej dovede do nekonečného kolotoče půjček a dluhů, které pak řeší právě trestným činem.

4) Trestná činnost páchaná na samotných toxikomanech.

Tato forma trestné činnosti je páchána především formou vydírání, ať už je to nucení k jiné trestné činnosti, dealerství drog či k prostituci. Obecně lze říci, že toxikoman je zcela závislý na zdroji své drogy a je pro její získání ochoten udělat téměř cokoliv.

5) Trestná činnost páchaná jako důsledek zneužívání drog.

Sem zařazujeme především projevy abstinčního syndromu. Typickou trestnou činností jsou násilné trestné činy, vyplývající z podrážděnosti a agresivity toxikomana v abstinčním syndromu nebo impulzivní a chaotické trestné činy vyplývající prakticky z jeho zoufalství. Jsou to např. některé pokusy o přepadení benzinových čerpadel, poštovních doručovatelek či obchodů s cílem získat peníze. Pachatelé jsou zpravidla brzy zadrženi, protože jejich postup je chaotický a nepřipravený. To však nic nemění na nebezpečnosti této formy trestné činnosti toxikomanů, protože tito lidé jednájí v tísní, úzkosti a tím dochází např. k přehnaně brutálnímu útoku, ublížení oběti více méně ze strachu apod.

**** Problematika zneužívání drog ve vězení***

Rizika, která přinášejí drogy ve věznicích, lze z hlediska vězeňství chápat v užším slova smyslu jako **rizika bezpečnostní a rizika penitenciární (specificky vězeňská)**.

Mezi **rizika bezpečnostní** lze zařadit možnost nepředvídatelného, agresivního chování vězňů, pokusy o pašování drog do věznic a v neposlední řadě i korupci lidí, kteří s vězni přicházejí do styku (civilní zaměstnanci na pracovištích odsouzených, zaměstnanci Vězeňské služby, advokáti apod.).

Penitenciární ²²**oblast** zahrnuje riziko zdravotnické (poškození zdraví), riziko psychologické (dalšího poškození osobnosti) a riziko selhávání edukačního působení na vězně a tím i zvýšené riziko recidivy trestné činnosti.

Z těchto úvah vychází následující dělení rizik:

1) Nebezpečí agresivního jednání vězně pod vlivem drogy nebo v důsledku jejího chybění (abstinenčního syndromu).

Zkušenosti ukazují, že zejména **u osobností predisponovaných k agresivnímu chování se v podmínkách vězení stává droga činitelem, který agresivní chování vůči okolí může spouštět nebo jej umožnit** tím, že droga snižuje nebo výrazně potlačuje zábrany již tak často narušené různými formami poruch osobnosti (psychopatickou strukturou osobnosti).

Podobně je tomu v případě abstinenčního syndromu. Je nutné mít na paměti, že **abúzus drog ve vězeních je v rozhodující většině abúzem nárazovým, tedy tehdy, když je droga k dispozici**. Zatímco s abstinenčním syndromem se spíše setkávají pracovníci ve vazebních věznicích, pak v podmínkách výkonu trestu je častější agresivní chování pod vlivem drogy. Ve vězeních se zpravidla jedná o abúzus bez výběru, vězeň vezme tu drogu, která právě je k dispozici. **Neumí proto odhadnout dávku ani účinky na svoji psychiku a proto se jeho chování stává nevypočitatelným**.

V roce 1998 evidovala vězeňská služba 32 případů napadení příslušníka vězněm. Z toho bylo 17 případů spácháno obviněnými, tedy ve výkonu vazby. Celkem 13 případů spáchali cizinci, což je při jejich procentuálním zastoupení mezi vězněnými osobami velmi varující číslo. To, zda byl vězeň v době útoku aktuálně pod vlivem drog či v abstinenčním syndromu by byla ničím nepodložená spekulace, protože tento údaj z dostupných dat nebylo možné zjistit.

2) Černý trh

Černý trh je významným faktorem tzv. druhého života vězňů. Tímto termínem se označuje nejen nedovolená činnost odsouzených, ale i prezentace hodnot, norem a postojů kriminální subkultury a tím i negativní působení na méně kriminálně infikované jedince.

Černý trh obvykle organizují tzv. „kolchozy“, zřídka jen jednotlivci. „Kolchoz“ je seskupení nejčastěji 2-4 vězňů, kteří jsou v rámci vězení „v balíku“, disponují značnými finančními prostředky i vlivem. Tito vězni skupují různé zboží, shánějí zboží nepovolené či úzkoprofilové a s velkými zisky je prodávají dále. Významným artiklem jsou léčiva, „klepky“. Cena té které speciality na černém trhu ve vězení svědčí o její oblibě, na druhé straně je indikátorem dostatku či nedostatku na černém trhu.

3) Selhávání výchovného působení

Vězni, kteří požívají i ve výkonu trestu drogy jsou výchovně jen velmi málo ovlivnitelní. Toto nebezpečí je nutné spíše chápat jako riziko nabalování dalších osob. Dalším významným prvkem je možnost vydírání závislého vězně druhými, často je ponižován, nucen

²² Srov. Penitentiary (angl.) – též nápravný, kázeňský, vězeňský

k homosexuálním stykům apod.

4) Znehodnocování ordinace lékaře

Pozice vězeňského lékaře je velmi těžká. Musí odpovědně rozhodnout o medikaci vězně při vědomí toho, že značná část jeho „pacientů“ jsou tzv. „holubi“, tedy ti, kteří si jdou pro „klepky“. Vězeň, který má určité léky indikovány je často prodá či směně a protože léky neužívá, jeho zdravotní stav či choroba se horší. To je pak podáváno v neprospěch vězeňské služby a velmi nesprávně tuto skutečnost interpretují i různá občanská sdružení, která si vytkla za cíl sledování lidských práv ve vězeních. Tomuto jevu lze předejít pouze tak, že léky budou vydávány pouze zdravotnickým personálem a vězeň je před ním rovnou požije.

5) Riziko do budoucna

Pokud se vězeň seznámí s drogou až v podmínkách věznice, odnáší si sebou na svobodu riziko závislosti, která jej bude nutit po propuštění vyhledávat prostředí podsvětí a kontakty s dealery. Rovněž nedostačující finanční prostředky si může začít opatřovat trestnou činností.

Pokud bral drogy již před uvězněním a v průběhu věznění ve svém návyku pokračoval, vystavuje se stejným rizikům, která jsou uvedena výše.

6) Vlastní výzkum vězněných osob

Výzkum problematiky byl koncipován tak, aby zachytil jednak drogovou situaci ve vězeních a dále názory a postoje vězněné populace k této problematice. Zároveň byla zkoumána motivace vězňů, proč začali brát drogy, v jakém věku a kdy.

Celkem bylo zkoumáno 436 vězněných osob. Z tohoto počtu odpovědělo na otázku, zda někdy požili nějakou drogu (s výjimkou alkoholu, kávy a nikotinu) pozitivně celkem **180 vězňů, tzn. 41,3% z celkového počtu dotázaných**. Zajímavější je však rozložení tohoto výsledku podle jednotlivých skupin:

Skupiny vězňů dále označujeme takto:

ML – mladiství (N=93)

MPV – muži, kteří jsou prvně ve výkonu trestu odnětí svobody (N=98)

MOTV – muži dříve trestaní či kteří již byli věznění, tj. tzv. recidivisté (N=137)

Ž – ženy (ženy dále nedělíme, jelikož v získaném vzorku bylo jenom 8 dříve trestaných žen) – (N=108)

D – ti, kteří se přiznali, že někdy brali drogu či ji berou (N=180)

O – ti, kteří zneužití jakékoliv drogy nepřiznali (N=256)

C – celý vzorek (N=436)

X - v tabulkách takto značíme statisticky nevýznamné údaje

0 - údaj nevedl ani jeden respondent

N - počet respondentů určitého vzorku

TAB č. 6: Zneužití drogy podle jednotlivých skupin vězňů

ML (N=93)	MPV (N=98)	MOTV (N=137)	Ž (N=108)
65,6%	37,8 %	36,5%	29,6%

Z tabulky vyplývá **varující zjištění vysokého procenta mladistvých delikventů, kteří mají za sebou zkušenost s drogou. Většina z nich, jak uvádíme dále, bere drogy dlouhodobě.** Tento údaj, i když očekávaný, svědčí o vysoké frekvenci drog v mladé delikventní populaci a jejich nesporné roli ve vzniku a rozvoji kriminální kariéry.

Naopak nebyly nalezeny rozdíly mezi dříve netrestanými a opakovaně trestanými muži. Proti údajům, zjištěným Drtilem a Sochůrkem před více jak dvaceti lety nedošlo u recidivistů k významnějšímu posunu. V roce 1978 výše uvedení autoři konstatovali přibližně 33 % vězňených recidivistů, kteří zneužívali tehdy drogy. Pokud se podíváme na průměr výše uvedených údajů u jednotlivých zkoumaných skupin, pak dojdeme k číslu 42,4 %. Je tedy patrné, že konstatovaný nárůst není výrazný (zhruba desetiprocentní) a lze jej rozhodně označit za menší, než je nárůst v nedelikventní populaci. Tento výsledek není nijak překvapující. Již počátkem 80.let Drtil a Sochůrek konstatovali, že se naše kriminální subkultura dostala do styku s klasickými drogami. Obecně byl konstatován posun toxikomanické populace, která začala zneužívat drogy více útočné (filtrát Alnagonu, dihydrocodein apod) a útočnějším způsobem (injekčně). Prostředí vězení je místem, kde se sociálně patologické jevy kumulují. Proto i ve předlistopadových vězeních se drogové závislosti manifestovaly koncentrovaněji, než ve společnosti. Dlužno dodat, že od počátku 80.let byla drogové problematice tehdejší Sbořem nápravné výchovy (pod vlivem tehdy ještě existujícího Výzkumného ústavu penologického) věnována značná pozornost a dokonce zaváděny bezdrogové režimy, které dnes známe pod označením bezdrogové zóny (drug free wings).

(Velmi účinně byl systém bezdrogového režimu uplatněn v tehdejší Nápravně výchovném ústavu v Liberci-Minkovicích. Tato supermoderní věznice byla v lednu 1990 z nepochopitelných důvodů zrušena. Systém spočíval v tom, že týmem specialistů, za významné účasti lékaře, byli všichni odsouzení při příchodu do ústavu specializovaně vyšetřeni na drogovou závislost. Sloužil k tomu zejména Drtilův „Test určování tablet“, sémantický diferenciál, zvláštní dotazník a specializovaná vyšetření lékaře. Všichni vězni, u kterých vzniklo podezření z abúzu drog či léčiv byli evidováni. Léky s psychotropními účinky byly všem vězňům vydávány přímo zdravotnickým personálem, před kterým jej museli ihned spolknout. Během několika týdnů se návštěvnost ordinace lékaře snížila na jednu třetinu a tím klesla prescripce těchto léčiv. Ukázalo se, že do ordinace lékaře si řada vězňů přicházela pro léky, aby je buď mohli zneužívat nebo prodávat „kolchozům“. Po počátečním nárůstu sebepoškození a stížnostech na lékaře se situace dlouhodobě stabilizovala.)

Jednoznačně lze vyloučit, že současná vězení jsou rozbuškami, ze kterých se drogy šíří do společnosti. Směr je evidentně opačný - do výkonu vazby a trestu přicházejí lidé, kteří si drogovou závislost přinášejí z civilního života. Relativně nejmenší nápad drog je do ženské populace.

Zkušenost s drogou přiznalo 29,6% dotázaných vězňených žen, což je ve

srovnání v minulosti výrazný nárůst. Ještě zhruba před 10 - 15 lety konstatovala řada autorů, že počet žen, zneužívajících drogy, je přibližně 10x méně než mužů. Výše uvedené výsledky ukazují, že se tento poměr výrazně změnil a procento žen výrazně a prudce vzrostlo.

Ve skupině vězňů, kteří se přiznali k užití drogy byl zkoumán rovněž věk, kdy k prvnímu experimentu s drogou došlo. Údaje podrobně ukazuje následující tabulka.

TAB č.7 – údaje jsou uvedeny v %

Věk	ML /D	MPV/D	MOTV/D	Ž/D
11	3,3 %			
12	4,9		6,3	
13	8,2	5,4	4	6,3
14	29,5	21,6	14	15,6
15	31	10,6	16	3
16	13	24,3	18	18,8
17	6,6	10,8	4	6,3
18		2,7	10	6,3
19		5,4	12	12,5
20			10	
nad 20 let		19,2	12	24,9

Výsledky ve věku nad 20 let byly statisticky nevýznamné co do členění podle jednotlivých roků věku a proto je uvádíme souhrnně. Nejvyšší věk byl zaznamenán u netrestaných mužů 21 let, u trestaných mužů 34 let a u žen 35 let. **V souhrnu však představuje skupina starších 20 let u MPV/D a Ž/D přibližně jednu pětinu ze všech respondentů.** Pro tento jev je těžké hledat paušální vysvětlení. Dle našeho názoru se spíše jedná o specifické vlivy sociální a psychické u každé konkrétní osobnosti (rozvod, ztráta zaměstnání, uvěznění apod.) Důvod může být ještě jiný. Ve výzkumech jsme v minulosti opakovaně zjišťovali, že velké skupiny vězňů, kteří měli v civilním životě potíže s alkoholem, přecházely ve vězení bez jakýchkoliv příznaků abstinčního syndromu na „klepky“ či těkavé látky a po propuštění se opět bez problémů vraceli k alkoholu. Toto číslo u skupiny MOTV/D by mohlo souviset s tím, že jedinec-pijan se s nealkoholovou drogou setkal jako s náhražkou ve vězení. U žen tuto skutečnost přičítáme spíše aktuálnímu psychickému stavu a situaci, kdy se rozhodne začít drogu brát. Zpravidla se tak děje při zátěži, životních problémech nebo v jiných dlouhodobých zátěžových situacích.

Tabulka jednoznačně ukazuje, že nejvíce dotázaných prvně začalo experimentovat s drogou ve věku 14 - 16 let. Přitom kromě mladistvých vězňů je výrazně nejvyšší četnost zaznamenána u dalších skupin ve věku 16 let. Zajímavý je výkyv u 15. roku věku u skupiny žen. **Jako rozhodující se ukazuje tedy věk přechodu mladého člověka ze základní školy do školy učňovské.**

Tento jev souvisí nepochybně se změnami pozice mladého člověka zejména v rodině. V období prepuberty a zejména puberty se oslabuje vliv autority rodičů, mladý člověk se odklání od hodnot dospělých a hledá své zařazení do společnosti.

Pracoviště Akademie ČR CASRI zkoumalo dotazníkem DROGAN více jak 38.000 respondentů. Na základních školách jeho pracovníci zjistili, že zkušenost s drogou má 10,4 % žáků základních škol, 9 % žáků zvláštních škol, avšak 30,4 % žáků středních škol a učilišť.

TAB č.8.: Věk 14-16 let - první experiment s drogou dle jednotlivých zkoumaných skupin (v %)

ML /D	MPV/D	MOTV/D	Ž/D
73,5	56,5	48	37,4

Uvedená tabulka ukazuje, že u všech zkoumaných delikventních skupin zjištěná čísla vysoce překračují čísla, uváděná pracovištěm CASRI. Potvrzuje se tak výrazná účast drog na možném pozdějším delikventním chování. Zejména u mladistvých respondentů je zřetelný rozdíl. Sečteme-li základní i zvláštní školy, zkoumané CASRI, přiznalo zkušenost s drogou dohromady 19 % žáků těchto škol. U zkoumaných mladistvých delikventů experiment s drogou ve věku 14 a 15 let, kdy mohli být ještě žáky základních škol, přiznalo 60,5 % dotázaných. Rozdíl 41,5 % je více než významný a naprosto přesvědčivě dokládá zhoubnou roli drog jako kriminogenního faktoru. I proto považuje dr. Sochůrek snahy o legalizaci jakékoliv skupiny drog za odborně chybné a škodlivé. Lze samozřejmě namítnout, že mladiství, kteří se dostávají na kriminální kariéru, jsou velmi často výchovně i psychicky narušenými osobnostmi, trpící poruchami osobnosti či poruchami chování. Důvody mohou být jak v osobnosti samotné, tak rodinném prostředí, přičemž za nejčastější považujeme kombinaci obou vlivů. Takovéto osobnosti jsou pak náchylné i ke zneužívání drog. K ověření tohoto předpokladu by bylo nutné provést rozsáhlý výzkum mladistvých delikventů, toxikomanů, který by obsahoval důkladné psychologické vyšetření jejich osobností. Nikoliv zanedbatelný je i vliv vrstevníků a momentální sociální situace mladého člověka.

Jako doplňující otázky k této problematice jsme se rovněž zeptali, **v kolika letech respondent prvně slyšel pojem droga a od koho**. Touto otázkou jsme chtěli zjistit, kdo a jaké prostředí ovlivňuje názor mladého člověka nebo ještě dítěte na drogu. Lze přitom důvodně předpokládat, že rodiče a škola podají dítěti vysvětlení objektivnější než vrstevník v partě.

Je nutné mít na paměti, že zejména party i jiné skupiny vrstevníků tvoří prostředí, které drogy spíše favorizuje, hodnotí nekriticky jejich „pozitivní“ vliv. Mladý člověk zde nenachází kritické prostředí a často je naopak vyzýván, že teprve s drogou se stane součástí party či skupiny.

Ve všech skupinách dotázaných vězňů (N=436) se odpovědi soustředily do věkového období 12-16 let.

V tomto věku slyšelo slovo droga prvně 66,6 % mladistvých, 45,9 % prvně trestaných mužů, 53,3 % opakovaně trestaných mužů a 56,5 % žen.

Zároveň jsme se tázali, od koho v tomto věku slovo droga slyšeli.

TAB č. 9: Od koho jste slyšel prvně slovo droga? Údaje v procentech. (N=436)

	ML	MPV	MOTV	Ž
od rodičů	16,1	10,2	6,6	13
od sourozence	X	X	X	X
od kamaráda	43	37,8	40,1	24
v partě	15	5,1	8,8	9,3
na diskotéce	6,5	X	6,6	X
na vojně	X	X	X	X
ve výkonu vazby	X	X	2,2	2,8
ve výkonu trestu	X	X	2,2	3,7
v zahraničí	X	X	X	X
ve sdělovacích prostředcích	7,5	17,3	13,9	16,7
četl jsem časopis	X	10,2	4,4	8,3

Pozn.: označení X znamená, že je to údaj statisticky nevýznamný

Uvedená tabulka dokazuje, že hlavním zdrojem informací o drogách jsou vrstevníci (od kamaráda, v partě), dalším významným zdrojem jsou sdělovací prostředky, přičemž z tohoto zdroje získávalo informace nejméně mladistvých delikventů ze všech zkoumaných skupin. Je nepochybné, že i sdělovací prostředky by měly o drogách informovat střízlivě a na určité odborné úrovni. V úvodu práce jsme konstatovali, že **část sdělovacích prostředků drogy spíše popularizuje**. Diskutabilní je i publikování drogové kariéry některých, mládeži známých populárních osobností včetně toho, že tito lidé svoji drogovou kariéru již ukončili. Máme za to, že tato prezentace vzbuzuje spíše v mládeži dojem, že s drogami lze kdykoliv přestat a bez jejich pomoci by se člověk nedostal na určitou úroveň ve svém oboru, zejména v oblasti zábavy a umění. Preventivní charakter besed s těmito lidmi je tímto efektem do značné míry stírán, pokud není přímo antipreventivní. Většina článků v časopisech a tisku nebo pořadů v televizi se však o drogové kariéře pouze zmíní bez jakýchkoliv doplňků o jejím negativním účinku na osobnost.

Motivace, proč mladý člověk začíná experimentovat s drogou je různá. V námi položené otázce jsme nabídli několik příčin (viz otázku č.4 dotazníku v příloze).

V tabulce uvádíme pouze nejčastěji frekventované údaje u jednotlivých skupin vězňů (údaje od těch, kteří přiznali, že drogu někdy zkusili):

TAB č.10 (údaje jsou v %):

	ML/D	MPV/D	MOTV/D	Ž/D
ze zvědavosti	72%	51,4	94	87,5
na radu kamaráda	3,3	5,4	6	3,1
z vlastního rozhodnutí	6,6	8,1	3,5	3,1
nechtěl jsem zůstat pozadu za ostatními	5%	X	X	X

Pozn.: Ostatní odpovědi byly statisticky naprosto nevýznamné.

bulka ukazuje částečně překvapující údaje. Např. Polanecký, Šmídová, Studničková a Šejda zjistili v roce 1997 (Užívání drog, alkoholu, tabáku a životní styl středoškoláků a učňů v ČR - 1997 - II. dotazníková studie, str. 58) údaje odlišné. Z důvodu vymezení populace se přidržíme srovnání s mladistvými delikventy. (Citovaní autoři zkoumali vzorek přibližně 14.000 mladých lidí ve věku od 14-19 let.) Zjistili, že nejčastější důvody, proč berou lidé drogy, jsou:

TAB č. 11: (porovnání s námi zjištěnými daty u delikventů)

	nedelikv.	delikventi ML
- únik před problémy	62 %	1,6 %
- ze zvědavosti	48 %	72 %
- proto, že to dělají ostatní	43 %	4,9 %
- protest proti okolnímu světu	34 %	dotaz nebyl položen
- aby se zbavili zábran (ostychu)	34 %	dtto

Autoři odpovědi vymezení i negativně a zjistili, že za nedůležité považovali jimi zkoumaní mladí lidé sobeckost (88 %), zvýšení koncentrace (78 %) a nudu (73 %). V tomto se zcela shodli s delikventy.

Porovnáním obou zkoumaných souborů se ukazuje **naprostá rozdílnost postojů obou skupin**. I když byl soubor Polaneckého nesrovnatelně větší, než zkoumaných delikventů a pokládané otázky nebyly úplně totožné domníváme se, že údaje lze bez větší chyby porovnat. Únik před problémy mladiství delikventi vůbec neuváděli, i když možnost jim byla dána. Podobně nedelikventi více dají na postoje ostatních, což lze vyložit tak, že jsou více závislí na postojích a normách velkých skupin a sociálním klimatu, zatímco delikventi se více soustřeďují na klima malé skupiny, party či vlastní hodnocení světa a okolí.

Delikventům byl tento dotaz v našem dotazníku položen i projektivně (uvědomované motivy), když jsme se zeptali (otázka č.18) „O kterých vlastnostech si myslíte, že vedou lidi k braní drog.“

Z nabídnutých možností jsme získali následující odpovědi:

TAB č.12 (N=436, údaje jsou v %)

	ML	MPV	MOTV	Ž
touha po neobvyklých zážitcích.	36,6	47,9	47,4	37
touha vylepšit si náladu	17,2	X	8,8	X
snaha vyrovnat se kamarádovi	X	X	X	7,4
slabá vůle	8,6	X	7,3	14,8
nuda	X	X	6,5	X
neschopnost vyřešit problém	X	X	7,4	X

Pozn.: odpovědi označené X byly statisticky nevýznamné

Zajímavé je porovnání obou předchozích tabulek u delikventů. Např. u projektivně položené otázky vede podle názoru většiny delikventů k užívání drog touha po neobvyklých

zážitcích. Pokud byla tato otázka položena samotnému vězni (co jej vedlo k prvnímu zneužití drogy - otázka č. 4), přiznal tento motiv pouze jeden mladistvý, jeden opakovaně trestaný muž a jedna žena.

Příčina tohoto jevu je dle našeho názoru jinde. Otázku neprojektivní jsme vyhodnocovali u těch, kteří drogu někdy požili, otázku projektivní u všech respondentů. Je velmi pravděpodobné, že lidé, kteří drogu někdy vzali mají jiné motivy, zatímco ostatní se toto pouze domnívají a jsou poplatní určitým prezentovaným názorům. Jev by jistě stál za hlubší prozkoumání. Jestliže netoxikomanická populace má jiné názory a je velmi často zkoumána může se stát, že volené preventivní programy jsou méně účinné již proto, že jsou směřovány vůči špatným motivům.

Častou chybou mnohých výzkumů je, že se za toxikomany vydávají i experimentátoři nebo ti, kteří se s drogou náhodně setkali. To je pak příčinou katastrofických článků v denním tisku, že více jak 40 % mladých lidí je toxikomany, přičemž správně by mělo být, že se nějak setkalo s drogou. Naše zkušenosti rovněž ukazují, že řada těch, kteří tvrdí, že zneužili drogu, ji nepoznají a neznají její účinky.

TAB č.13: Respondentů jsme se zeptali (otázka č. 5), jak dlouho drogu užívali

	ML/D	MPV/D	MOTV/D	Ž/D
několik dnů	14,8 %	2,7 %	26 %	12,5 %
týden	6,6	X	8	3,1
měsíc	11,5	X	4	3,1
několik měsíců	24,6	24,3	20	15,6
rok	8,2	3,3	4	4
více než rok	27,9	35,1	38	22
neodpověděli	6,4 %	34,6 %	0	39,7 %

(Za povšimnutí stojí počty vězňů, kteří na otázku neodpověděli. Celý výzkum ukázal, že v dotazníku více zastírají prvověznění, s výjimkou mladistvých. Nejvíce zastíraly ženy a následovali prvověznění muži. Lze vyslovit hypotézu, že lidé kriminálně nikoliv výrazně infikovaní mají ještě zachovanou určitou autoregulaci k obecným společenským normám. Proto činy nebo skutečnosti, které by jim mohly ublížit, mají tendenci zamlčet. Na otázku odpovědělo 100 % dotázaných recidivistů, což výše uvedenou domněnku potvrzuje stejně jako mladiství (neodpovědělo 6,4 %), kterým velmi často chybí zábrany a k faktům se bezelstně přiznají.)

Ukazuje se, že formou nárazového experimentu drogu nejvíce zneužili recidivisté. Domníváme se, že se zde projevuje právě nárazový abúzus v době věznění. Recidivisté reagují na svoji zkušenost z vězení, kde bývá droga k dosažení právě pouze nárazově.

U všech zkoumaných skupin většina vězňů přiznává, že drogu zneužívali několik měsíců až déle než rok. Znamená to nepřehlédnutelnou skutečnost, že většina těch, kteří přiznali zneužití drogy, je závislých v důsledku dlouhodobého zneužívání drog. U skupin ML, MPV a MOTV takto odpovědělo kolem 60 % dotázaných, u žen přibližně 40 %.

Pokud výše konstatujeme, že drogy zneužívá asi 42 % kriminální populace, pak

je zřejmé, že přibližně 50 % z nich můžeme považovat za závislé nebo alespoň dlouhodobé abuzéry. Problematika by samozřejmě zasluhovala podrobnější výzkum včetně diagnostických vyšetření konkrétních osob.

(Dr. Sochůrek má obecně za to, že značně poklesla úroveň diagnostiky toxikomanů. Některé organizace, zabývající se pomocí toxikomanům, označí tímto termínem člověka, který s drogou jen experimentuje či souhrn jeho psychických problémů vyžaduje jinou péči, než primárně tu, která je aplikována toxikomanům. Často se též jedná o nadstavbu jiného problému, což může rozpoznat pouze zkušený psycholog, psychiatr či psychoterapeut. Diagnóza toxikomanie náleží pouze lékaři-specialistovi a nikomu jinému. Výpověď člověka, že bere drogu ještě neznamená, že je závislý a postup jeho léčby musí v první fázi po diagnóze určit opět odborný lékař, často již za přispění psychologa. Péče terapeutická je až následným zásahem, který musí následovat teprve až po správně stanovené diagnóze).

Výše uvedené skutečnosti potvrzují i další údaje. Vězněm byla položena otázka, jak často drogu užívali.

TAB č.14 (údaje jsou v %)

	ML/D	MPV /D	MOTV/D	Ž/D
několikrát denně	36 %	13,5 %	52 %	28 %
jednou denně	26,2	5,4	18	21,8
několikrát týdně,ale ne denně	9,8	27	10	12,5
jednou týdně	4,9	0	0	3,1
nepravidelně, několikrát v měsíci	16,4	16,2	20	15,6
neodpověděli	6,7 %	37,9	0	19

Porovnáním předchozí tabulky s těmito údaji ukazuje potvrzují, že z respondentů, kteří přiznali zneužívání drogy je zhruba polovina závislých nebo abuzérů dosud bez závislosti, protože drogu brali dlouhodobě a nejméně jedenkrát denně.

Povšimněme si opět, že na otázku opět obvykle neodpovídali dříve nevězněni muži. Při posuzování relevantnosti výsledků této skupiny je třeba mít na zřeteli značnou latenci jevu v této skupině.

Dále jsme se vězňů dotázali, **jak by se zachovali, kdyby jim někdo nabídl drogu.** Jde opět o projektivní otázku „co kdyby“, která však, dle našeho názoru, do značné míry odhaluje pozitivní či negativní vztah respondenta k droze.

TAB č.15 (údaje jsou v %): (N=436)

	ML	MPV	MOTV	Ž
radikálně odmítnete	49,5	82,6	66,4	88
přijmete, ale vyhodíte	6,5	0	7,3	0,9
přijmete, neužijete, ale schováte	5,4	7,1	8,8	0
přijmete a nabídnete jinému	1	2	1,5	0
přijmete a užijete	16	4	6,6	2,8
přijmete, užijete a požádáte o další	11,8	4	2,9	0,9

Dotaz byl položen všem respondentům, ať se k užití drog přiznali či ne. Opět se ukazuje, že drogy nejvíce preferují mladiství. Pokud odpovědi na první dvě otázky považujeme za odmítnutí drogy, pak docházíme k těmto výsledkům:

Drogu by odmítlo nebo neužilo: 56 % mladistvých
82,6 netrestaných dospělých mužů
73,7 opětovně trestaných mužů
88,9 % žen

Z tabulky opět vyplývá, že téměř třetina mladistvých by drogu spíše užila než odmítla nebo vyhodila. U ostatních skupin je tomu naopak. Snadno zjistíme, že drogu neodmítá téměř 1x více mladistvých než respondentů z ostatních skupin.

Tuto skutečnost dokresluje názor na užívání drog jinými lidmi.

TAB č. 16 Užívání drog jinými: (N=436)

	ML	MPV	MOTV	Ž
Zavrhuje	14	39,8	34,3	53,7
ať si každý dělá co chce	69,9	59,2	61,3	38,9
schvaluje	1	2	0	0
schvaluje a když bude příležitost, sám vezme	7,5	0	0	0

Drogy jako takové opět nejméně zavrhuje mladiství a 7,5% by drogu v případě možnosti požilo. Vězni však většinou zaujímají neutrální postoj. Více než 50% zkoumaných vězňů (52,6%) se vyjádřilo, že je to věc každého člověka.

Další fází bylo zkoumání drogového inventáře těch, kteří se k abúzu drogy přiznali.

Z nabídky 16 nejčastěji zneužívaných drog (viz otázka č.6 v dotazníku) jsme získali následující odpovědi.

Nejčastěji zneužívanou drogou ve zkoumaném vzorku (N=180) byla marihuana. Zkušenost s ní má 80,3 % ML, 78,3 % MPV, 100 % MOTV a 56 % žen.

S heroinem má zkušenost necelé 1 % ML, 6 % MOTV a 12,5 % žen. Skupina dříve netrestaných mužů tuto drogu vůbec nevedla. Procento žen, které zkušenost s heroinem uvedly opět svědčí o rychlém šíření drogových závislostí do ženské populace.

Kokain zneužilo necelé jedno procento ML, necelé jedno procento MPV, 2 % MOTV a 9,4 % žen. Údaj u žen je velmi vysoký. Svůj vliv může mít i obliba kokainu jako drogy podporující sexuální apetit. Vynikající český psychiatr Vladimír Vondráček kokain dokonce nazval drogou prostitutek.

Crack uvedlo 6 % dříve trestaných, ostatní skupiny jej nevedli vůbec.

Pervitin uvedlo 11,5 % ML/D, 12,5 % žen, skupiny MOTV a MPV jej uvedli v počtu pod jedno procento.

Nakonec se objevily u mladistvých inhalanty (5 %), ostatní skupiny je vůbec nevedly.

Tato zjištění plně korespondují se zjišťovanou toxikomanickou scénou u delikventů. **Drogou číslo jedna je naprosto jasně marihuana.** Delikventi téměř nezneužívají jiné drogy ještě s výjimkou pervitinu, u žen i heroinu a kokainu. **Otázka byla položena tak, že většina vězňů odpovídala ze zkušeností v civilním životě.**

Jelikož delikventi vůbec nejmenovali léčiva pak se jasně ukazuje, že jejich abúzus ve vězeních je náhražkový a jsou preferována z hlediska nedostatku drog lepších a účinnějších.

Překvapující je obliba pervitinu, heroinu a zejména kokainu u žen. Je zřejmé, že tyto drogy zasahují ženskou populaci velmi výrazně. Máme za to, že u mužské populace se zjevně ukazuje problém ekonomické dostupnosti drogy pro jedince. Mezi recidivisty jsme však pozorovali výskyt krajně nebezpečné drogy crack.

Zjištěné údaje také svědčí o tom, že **snahy o legalizaci marihuany mohou nebezpečně ovlivnit četnost experimentátorů s touto drogou.** I nejzarytější zastánci její legalizace musí připustit, že abúzus marihuany může odstartovat závislost u člověka. Zneužije-li tedy tuto drogu 1000 lidí a je pravděpodobnost, že jen jeden se později stane závislým, pak nabídne-li tuto drogu x násobku lidí, stoupne i počet závislých x násobně.

Za další se rovněž jasně ukazuje, že pro oblibu drogy v toxikomanické subkultuře je rozhodující její faktická (lze bez problémů sehnat) i ekonomická dostupnost.

Zároveň jsme se zeptali, **jakým způsobem byla droga zneužívána.**

TAB č. 17 (údaje jsou v %): (N=180)

	ML/D	MPV /D	MOTV/D	Ž/D
Čicháním	41%	24,3	12	X
Šňupáním	41	24,3	46	37,5
Kouřením	87,4	29,7	92,6	34,3

Ostatní způsoby byly zaznamenány pouze ojediněle. Např. vpichy (do svalu a do žíly) uvedli pouze dva mladiství, 2 netrestaní muži, 3 recidivisté a 2 ženy.

Ukazuje se obecný odklon od „krvavých“ způsobů aplikace drog. Zjevně převažuje zneužívání kouřením a šňupáním, což koresponduje s nejoblíbenějšími drogami (marihuana, pervitin).

Potvrzují se zároveň poznatky o návratu inhalantů mezi mládež. Tento jev lze přičíst nejspíše ekonomickým důvodům.

Drogy a trestná činnost

Obecně jsme o drogové kriminalitě pojednali na str. 46 – 48. Zajímavé jsou i názory vězňů na úlohu drog v trestné činnosti.

Na otázku „Myslíte si, že drogy a trestná činnost spolu nějak souvisejí“ odpovědělo pozitivně: 78,5 % ML, 91,8 % MPV, 87,6 % MOTV a 88,8 % žen.

Delikventní populace si je jednoznačně vědoma úlohy drog v oblasti zločinu nebo jeho příčin. Výše jsme již diskutovali problematiku trestné činnosti spáchané pod vlivem drog a za účelem získání drogy. Získané výsledky potvrdily, že drogy se na trestné činnosti významně podílejí. Zatímco jejich podíl na organizovaném skupinovém zločinu je určitým způsobem neosobní, u individuálních forem kriminality či kriminality malých skupin (part) hrají výraznou roli tím, že ovlivňují osobnost a chování jedince.

Podle statistiky policejního prezidia za období let 1991 - 1998 počet evidovaných drogových deliktů výrazně stoupá. Podobné statistiky však zpravidla neodlišují důvod spáchání trestné činnosti, u které je nějakým způsobem přítomna droga.

Dostáváme se tak ke stěžejnímu problému psychologického aspektu drogové závislosti. Je všeobecně známo, že lidé jsou si vědomi všech nebezpečí, které sebou drogy nesou, a to od nebezpečí ohrožení života či zdraví přes sociální a psychologické dopady na osobnost člověka až po možnou trestnou činnost. Přesto touha experimentovat s drogou je, zejména mezi mladou generací, velká. Domníváme se, že v tomto ohledu sehrávají velmi negativní roli právě média šířením zpráv o lidech, kteří drogy užívali a pak přestali (i když to často tvrdí jen oni sami). Navíc jde často o zpěváky nebo členy hudebních skupin s vysokou popularitou zejména mezi mládeží.

Drogy ve věznicích

Další součástí výzkumu bylo mapování drogové scény přímo ve věznicích. Způsoby průniku drog do vězení i způsoby, kterými se vězeňská služba snaží tomuto jevu zabraňovat, jsme popsali výše.

O průniku drog do vězení a možnostech si je tam opatřit svědčí odpovědi na otázku, **zda vězeň požil nějakou drogu (včetně léčiva jako náhražky) v posledních třech dnech.**

Pozitivně odpovědělo 63,9 % ML, 10,8 % MPV, 10% MOTV a 6,3 % žen. Základem vzorku byli opět vězni, kteří zneužívání drog přiznali. Číslo u mladistvých delikventů je varující. **I když připustíme určité zkreslení a snahu mladistvého se po svém „vytáhnout“, je toto zjištění velmi závažné.** (Předpokládáme, že skutečné procento u ML je zhruba poloviční). Znamená to nepřehlédnutelnou skutečnost, že drogy do věznic pro mladistvé pronikají a jsou zde běžně k dispozici. Ostatní údaje jsou nesrovnatelně menší. Je nutné opět připomenout určité procento zastírajících vězňů. V odpovědích se nám např. objevily dopsané odpovědi „na to Vám neskočím“, „nejsem blbec, abych odpovídal apod.“ Někteří vězňové se domnívali, že otázky směřující k tomu, zda drogy ve věznicích jsou a jak se tam dostávají jsou kladeny s úmyslem připravit protiakce vězeňské služby.

Jako doplňující otázku jsme se zeptali, **zda vězeň bere v současné době nějaké léčivo bez předpisu lékaře, tedy jako „klepku“.**

Zatímco skupiny trestaných i netrestaných mužů toto jednoznačně popřeli (MPV - 0, ze skupiny MOTV se přiznal pouze jeden), pak ve skupině ML toto přiznalo 9,8 % respondentů a 18,8 % žen. **Máme za to, že zejména recidivisté v této otázce zjevně zastírali z obavy o uzavření zdroje „klepek“.** Nejvíce tuto formu užití drog přiznaly ženy, a to téměř 20 % z nich. Pokud však zhodnotíme tyto odpovědi s předchozí tabulkou vidíme např. u mladistvých vězňů, že klepky tvoří pouze menší součást přítomnosti drog ve vězeních. U žen se pak patrně projevuje typická forma abúzu v tahu, tedy „klepky“ bere tehdy, když je má několik dnů po sobě a pak i několik týdnů nebo měsíců ne. Navíc řada výzkumů ukázala, že lékové závislosti byly pro ženskou populaci v minulosti nejčastějším druhem závislosti. Např. Drtil před více jak dvaceti lety ve svém dnes klasickém výzkumu zjistil zneužívání léčiv přibližně 30 % zdravotních sester.

Abychom co možná nejvíce verifikovali odpovědi vězňů zeptali jsme se, **zda vzali někdy nějakou drogu ve vězení.** Úmyslně jsme pak položili otázku, zda někdy zneužili nějaký lék jako klepku (otázky č. 19 a 20).

Drogu ve vězení údajně vzalo			
ML	MPV	MOTV	Ž
31,1 %	19 %	4,6 %	4 %

Lék jako klepku zneužilo ve vězení			
ML	MPV	MOTV	Ž
30 %	17,3 %	20,4 %	9,3 %

Zde se ukazuje, že ve skupině žen mnohé z nich berou sice léky bez předpisu lékaře,

ale nepovažují tyto léky za „klepky“. U ML se pak potvrzuje náš předpoklad, že drogy přímo ve vězení zneužívá přibližně jedna třetina z nich. „Klepky“ jako tradiční kriminální drogy pak nejvíce zneužívají vězňů recidivisté.

Výše uvedené skutečnosti jsme pak položili projektivně v otázce č.24 a zeptali se na postoj respondentů k droze a tím nepřímo i olibě drog v kriminální populaci. Získali jsme následující výsledky:

TAB č. 18: Kdybyste měl možnost získat ve vězení drogu: (% z vězňů, kteří nezneužívají drogu - N=256)

	ML/O	MPV/O	MOTV/O	Ž/O
rozhodně si ji vezmu	19,4	9,2	8,8	3,7
asi bych to zkusil	18,3	1	5,8	1,9
spíše bych odmítl	14	14,3	14,6	13
určitě bych odmítl	32,2	68,4	59,9	76,9
nevím	16,1	7,1	10,1	4,5

Vězni, kteří zneužívali či zneužívají drogu

	ML/D	MPV/D	MOTV/D	Ž/D
rozhodně si ji vezmu	76,9	57,6	66,3	51,2
asi bych to zkusil	20,1	18,6	27,5	16,6
spíše bych odmítl	2,2	11,0	3,6	9,8
určitě bych odmítl	0,3	10,1	2,0	15,4
nevím	0,5	2,7	0,6	7,0

Pokud porovnáme obě tabulky, jsou vidět naprosto významné rozdíly. Ukazuje se, že **přitažlivost drog zejména mezi mladistvými je tak velká, že zcela eliminuje i obavy z možného kriminálního chování v souvislosti s drogou. Většina vězňů, kteří drogu zkusili je rozhodnuta ji brát i během věznění.** To znamená, že závislost je silnější než obava z možných důsledků kriminálního chování. Zároveň však vězni vědí (viz výše), že drogy a trestná činnost spolu souvisejí. Jako většina toxikomanů má však i delikvent za to, že jeho se to netýká, on to zvládne. Otázkou zůstává význam **individuální zkušenosti s tím, že droga jedince k trestné činnosti přivedla. Tato zkušenost není zřejmě postiženými zvnitřněna a za příčiny své trestné činnosti mají tendenci vidět jiné faktory než drogovou závislost.** Pokud je asi 75 % trestných činů toxikomanů páčáno za účelem získání drogy, pak tito jedinci zřejmě svoji trestnou činnost přičítají něčemu jinému než vlivu drogy. Tato otázka zasluhuje podrobnější zkoumání.

Výše jsme již diskutovali názory vězňů na důvody, proč člověk sáhne po droze (otázka č.4). Obecně **máme za to, že motivace vězňů k užívání drog je odlišná od nedelikventní populace.** Proto jsme otázku 25 formulovali tak, abychom důvody zneužívání zúžily vyloženě na vězně. Odpovědi jsme opět rozdělili na celý vzorek delikventní populace a pak ty, kteří se k abúzu drog přiznali.

Ke stanovení oblíbenosti jednotlivých drog mezi delikventy jsme položili otevřenou projektivní otázku č. 22. Zeptali jsme se respondentů, kterou drogou by ve vězení užívali, kdyby k tomu měli možnost. Dostali jsme následující odpovědi – porovnání vzorku T a vzorku N.

TAB č. 19

	ML		MPV		MOTV		Ž	
	D	O	D	O	D	O	D	O
Pervitin	36	23,7	16,2	6,1	26	9,5	9,4	X
LSD	14,7	9,7	2,7	1	12	4,4	0	0
Marihuana	34	22,6	21,6	8,2	28	10,2	3,1	X
Hašiš	16,3	10,8	5,4	2,2	12	4,4	0	0
Heroin	11,5	7,5	5,4	2	12	4,4	3,1	0,9
Extazy	1,6	0	0	0	14	X	0	0
Trip (LSD)	8,2	5,4	2,7	1	X	0	0	X
Kokain	13	8,6	5,4	2	4	0	18,4	4,8
Toluen	13	8,6	2,7	1	0	0	0	0

Tabulka ukazuje, že nejžádanější drogou by byl pervitin a hned za ním marihuana. Za povšimnutí stojí opět oblíbenost kokainu u žen. Vězni v této volně položené otázce jmenovali celkem 44 různých drog. Zajímavé je, že skupina těch, kteří drogu užívali i těch, kteří uvedli že drogu neužívali uvedla zhruba stejný počet drog (D-23, O-21). Povšimněme si i oblíbenost pervitinu a marihuany u skupiny N, tedy těch, kteří drogu v minulosti údajně neužívali, a to zejména u mladistvých. V této skupině je rovněž oblíbená LSD.

TAB č. 20: Někteří vězni berou drogy nebo klepky proto, aby:

(Písmenem O je označena dílčí skupina vězňů, kteří užívání drog nepřiznali a písmenem D ti, kteří drogu zneužili.)

	ML		MPV		MOTV		Ž	
	O	D	O	D	O	D	O	D
vůbec vězení přežili	20,4	6	19,4	3,1	19	2,6	19,4	14,9
z nudy	35,5	12,4	18,4	2,6	18,2	6,6	13	6,5
ze zvědavosti a pak tomu propadnou	5,4	21,7	2	2	2,2	2,8	2,8	2
aby zapomněli	4,3	1,2	8,2	1,4	9,5	17,3	7,4	39,7
berou je jen blázni	3,2	0	18,4	4,8	9,5	4,2	7,4	0
aby si zpestřili život ve vězení	2,2	2,6	10,2	10,6	4,4	14,4	7,4	1,6
aby si vyvolali neobvyklé zážitky	3,2	2,2	0	9,4	1,5	3,6	2,8	4,8
berou je, protože jsou nemocní	3,2	0	0	1,0	0,7	0	6,5	22,5
dostanou se tak mimo, je jim vše jedno	2,2	29,6	8,2	42,8	5,1	51,2	6,5	4,7
byli zvyklí venku, tak co jim zbývá	5,4	21,3	8,2	10,4	6,6	6,5	2,1	0
je to náhražka za alkohol	12,2	0	0	7,2	2,2	0	0	0
na povzbuzení, ke zvýšení výkonnosti	0	0	0	1,4	0	0	0	0
neví jak jinak vyřešit svůj problém	0	0	1	0	2,2	0	0	0
mají slabou vůli	1	0	2	0	2,2	8,3	0	0
droga jim dodává odvalu	0	2,4	0	0	0	0	0	0
jiný důvod	1	0	3	0	2,9	0	0	0

Za povšimnutí stojí již první řádek, kdy všechny soubory, označené N (nepřiznali abúzus drogy) se téměř shodli na tom, že drogu berou vězni proto, aby vůbec vězení přežili. Pouze u skupiny ML/O to nebyla příčina hlavní. Tu vidí tato skupina mladistvých v nudě, což je zřejmě způsobeno věkovými zvláštnostmi těchto jedinců. Nutno dodat, že vězeňský

personál má snahu mladistvé zaměstnávat různými aktivitami tak, aby pocit nudy u nich byl co nejmenší. Zhusta se však stává, že se mladiství vězni odmítají na těchto aktivit účastnit. Výjimkou je pouze sledování videa a to ještě akčních filmů apod.

U skupiny, která se k abúzu drog přiznala je rozptyl hlavních příčin výrazně větší.

Mimo skupiny žen, která považuje za hlavní příčinu (39,7 %) určitou depresi z věznění, formulovanou odpovědí „aby zapomněli“, se ostatní skupiny shodli zjevně na úniku z reality.

Formulaci „dostanou se tak mimo, je jim vše jedno“ volilo 29,6 % ML/D, 42,8% MPV/D a 51,2 % MOTV/D. Důležité je pořadí skupin. Relativně nejméně se to týká mladistvých, o více jak 13 % MPV/D a nejvíce tuto příčinu považují za důvod braní drog ve vězení recidivisté.

Dlouhodobými výzkumy v minulosti jsme **u vězňů-recidivistů pozorovali tři hlavní příčiny abúzu drog:**

1. Zvýšení výkonu, činnost.

Důvodem byla pracovní povinnost odsouzených. Přístup k práci a hlavně plnění výkonových norem na pracovištích bylo rozhodujícím kritériem při hodnocení vězně. Např. si tak vězeň vydělával „na stravenku“, - čím měl vyšší plnění výkonových norem, tím měl více stravy (např. přídavky ovoce, svačinu navíc, konzervu, sýr apod.). Stejně tak mohl být zařazen v rámci tzv. vnitřní diferenciaci do „lepší“ skupiny a tím získat např. výhodu prodloužené návštěvy, sledování televize, návštěvy ústavního kina, mimořádného nákupu apod. Nemalou roli hrálo pracovní hodnocení i při případném jednání soudu o přeřazení do nižší nápravně výchovné skupiny či při žádosti o podmíněné propuštění. Všechny tyto skutečnosti byly pro mnoho vězňů silně motivující a proto se snažili zvýšit svůj pracovní výkon i tím, že požíjí drogu, zejména psychostimulancia nebo jiné preparáty, které mají povzbuzující účinky (např. některá antiastmatika). Mezi vězni se tradovalo, že tuto vlastnost má i tzv. „magorák“, o kterém již bylo hovořeno. Nejoblíbenějším zneužívaným léčivem bylo antiastmatikum Yastyl zejména v tzv. fárajících ústavech (tj. tam, kde odsouzení z tzv. nápravných zařízení, později nápravně výchovných ústavů = věznic byli převážně zaměstnáni jako horníci v blízkých dolech – uhelných i uranových).

Jak jsme již uvedli v úvodu stati, podle mapy spotřeby Yastylu bylo možné v tehdejší ČSR určit dislokaci nápravných zařízení.

2. Být netečný, v klidu, nad věcí.

Tato motivace se začala objevovat zejména u vězňů, kteří měli zkušenosti z výkonu trestu odnětí svobody ve vězeňských zařízeních. Těm zpravidla stačilo pracovat a chovat se tak, aby se nedopouštěli přestupků proti vnitřnímu řádu a tím měli klid od příslušníků tehdejšího Sboru nápravné výchovy.

3. Neobvyklé zážitky, únik z reality.

Vězni nazývali tento stav slangově „zklepat se“. Výsledkem byl stav oblužení, podobný opilosti. K jeho navození byly zneužívány silné dávky léčiv či tzv. „kvašáky“ neboli „čůča“. Těmito pojmy vězni označující tajně vyrobené zákvasy – srov. první část studie. Dr. Sochůrek pozoroval mnoho případů velmi silné opilosti po jejich požití.

Podobně byly k tomuto účelu zneužívány chemikálie, zpravidla získané na pracovištích - éter, trichlor atd. V bezpečí nebyly např. hasící přístroje, obsahující látky, které bylo možno vypít nebo inhalovat. Známý je i případ vypití Fridexu vězněm, který samozřejmě skončil tragicky.

Tuto skupinu tvořili zpravidla kriminálně infikovaní jedinci, s antisociální hodnotovou orientací. Často se mezi nimi vyskytovali pijani.

Když se dr. Sochůrek dotazoval těchto vězňů na jejich motivaci, odpovídali tak, jak je označeno v nadpisu odstavce. Často ale připomínali to, že tajně pít „čůča“ po večerce jim připomíná dobře známé prostředí zapadlých hospod. Obecně při rozhovorech s vězni zjišťoval, že jim často ani tak nechyběl alkohol jako takový, ale právě specifické prostředí hospody, která je pro mnohé z nich jediným místem, kde komunikují s druhými lidmi. Je nutno však připomenout, že v dobách před rokem 1989 si nesměli vězni sami vařit, ani např. čaj. Ten dostávali pouze z vyvařovny. Káva byla zakázána úplně.

Prezentovaný výzkum potvrdil jako hlavní motivaci současnosti bod 2 - být nad věcí, v klidu. I skupina žen, které jsme pro jejich malý počet nemohli dělit na dříve trestané a netrestané odpověděla, že hlavním motivem je „zapomenout“. Tento motiv můžeme částečně přiřadit rovněž k výše uvedenému důvodu.

Pokusili jsme se rovněž odhalit i některé zábrany, které vězni vůči drogám mají. Položili jsem opět projektivní otázku č.26 „**Představte si, že se rozhodnete brát drogy. Čeho se bude nejvíce bát?**“ Odpovědi vězňů ukazují následující tabulka:

TAB č. 21: (N- 436)

	ML	MPV	MOTV	Ž
co tomu řeknou moji blízcí	35,5	24,5	18,2	26,9
že mě vyhodí z práce	4,3	X	5	1,9
že bych mohl udělat něco špatného (tr.č.)	14	17,3	16	13,9
že mě za držení drogy,prodej zavřou	6,5	X	X	5,6
že bych mohl být vydírán	X	X	X	X
že na to nebude mít peníze	X	X	X	X
že se nakazím AIDS	15	X	12,4	14,8
že bych si navykl a asi se návyku nezbavil	9,7	22,4	23,4	23,1
ničeho	5,4	X	9,5	2,8

Vězni se převážně tedy obávají postoje rodiny či nejbližšího okolí, toho, že by se dopustili trestné činnosti, mohli se nakazit AIDS a rozvoje návyku. **Minimální obavu mají z toho, že by byli dopadeni nebo že by přišli o práci.**

Pokud se podíváme a jednotlivé položky podrobněji je vidět, že recidivisté (MOTV) mají ve srovnání s ostatními skupinami nejmenší obavy z reakce nejbližšího okolí. To je způsobeno hlavně tím, že v mnoha případech nemají pevné rodinné zázemí, na kterém by jim záleželo.

Všechny skupiny vězňů mají též výraznou obavu z toho, že by se návyku již nezbavily s výjimkou mladistvých. Znovu se potvrzuje nekritický postoj mladistvých delikventů k drogám. To vede k podceňování možných rizik i následků. Zároveň se ukázalo, že pouze o něco málo více než třetina mladistvých má určitý citový vztah k rodině či nejbližšímu sociálnímu okolí.

Vězňů jsme se dále zeptali, **zda by se měli lidé závislí na drogách léčit**. Že by se měli takoví lidé léčit si myslí 87 % ML, 82,6 % MPV, 89 % MOTV a 93,5 % žen. (vzorek C, N=436)

Na to, **jak je léčba drogové závislosti úspěšná, mají vězni tyto názory:**

TAB č. 22:

	ML	MPV	MOTV	Ž
Vždy	8,6	1	0,7	0,9
Někdy	20,4	14,3	15,3	6,5
Málokdy	21,5	15,3	20,4	13
téměř nikdy	5,4	8,6	8,8	7,4
záleží na člověku	34,4	50,5	46,7	65,7

Pozn.: zbytek odpověď, že neví nebo neodpověděl vůbec.

Určitým překvapením je víra delikventů ve vůli člověka vyjádřená v tom, že úspěch léčby je závislý na člověku a okolnostech. Tento výsledek je o to zajímavější, že mnozí vězni mají právě s vlastní vůlí velké problémy.

Poslední část výzkumu se týkala role drog ve vězeních.

Vězňů jsme se zeptali **na jejich odhad, kolik lidí ve vězení užilo někdy drogu**. Mladiství převážně odhadovali, že je to více než 50 % vězňů, MPV asi 20 %, MOTV kolem 30 % a Ž asi 10 %.

Dále jsme položili otázku, **zda má respondent názor na to, jak lze ve vězení získat drogu**. Ihned jsme si byli vědomi toho, že vězňové budou silně zastírat. Také se nám objevily odpovědi typu „vím, ale nejsem blbej“ apod. Z tohoto důvodu jsme nechali otázku otevřenou a nedávali jsme možnosti, aby vězeň neměl návod k odpovědím.

Jako hlavní zdroje získání drog ve vězení vězni uváděli : (N =436)

TAB č. 24:

Balík	5,7 %
Dopis	0,3 %
Návštěva	5,0 %
vlastní výroba	5,0 %
spoluvězeň	4,4 % (otázka je, jak drogu získal spoluvězeň)
lékař	7,8 %
advokáti	1,0 %
zaměstnanci věznice	8,5 %

Tak např. ML uváděli jako nejčastější zdroj drog balíčky a návštěvy (dohromady 16,1 %), MPV zaměstnance věznice (10,2 %), recidivisté (MOTV) zaměstnance věznice (16,8 %) a lékaře (12,8 %), ženy - lékaře(5,6 %).

Z uvedených údajů lze vyvodit následující **závěry**:

- **Vězeňská služba provedla odpovídající technická a organizační opatření k zabránění průniku drog do vězení.** Svědčí o tom relativně malá úspěšnost průniku balíky, dopisy nebo při návštěvách (tyto způsoby uvedlo 11% vězňů).
- **Drogy pronikají do věznic i přehazováním přes ostrahová pásma do vycházkových prostor pro vězně.**
- **Přetrvává problém zneužívání léčiv jako tzv. malých drog, „klepek“.** Tento problém je možné odstranit pouze zavedením bezdrogových režimů (viz dále).
- **Objevuje se problém selhávání zaměstnanců Vězeňské služby.** Jsme si plně vědomi možného částečného zkreslení údaje. Podíváme-li se však pozorně na tuto položku, uvidíme něco jiného.

Zdroj drog : zaměstnanci věznice	ML	MPV	MOTV	Ž
	3,2 %	10,2 %	16,8 %	X

Tabulka ukazuje, že nejúspěšnější jsou recidivisté. Je to pochopitelné. Tito kriminálně zkušení jedinci umí manipulovat bohužel často i se zaměstnanci věznic. **Velmi zajímavé je, že vězni vůbec nevedli jako zdroj civilní zaměstnance na pracovištích.** Buď jsou tyto odpovědi skryty mezi zaměstnance Vězeňské služby (i když většina zejména recidivistů rozdíl dobře zná) **nebo je vězni chrání jako zdroj nejlepší.** Osobní zkušenosti dr. Sochůrka jsou takové, že právě civilní zaměstnanci na pracovištích byli v minulosti nejvýznamnějším zdrojem nejen drog, ale i alkoholu, čaje a kávy.

Zdá se, že rozhodující nejsou v tomto případě ani tak celkové číselné údaje jako pozorovatelný trend. Pro případného přestupce z řad personálu je samozřejmě nejméně důvěryhodný mladistvý a proto velmi váhá se do nedovolených styků s ním pustit. Ženy zaměstnance vůbec neuváděly. Vysvětlení pro tento výsledek je jen obtížné. Patrně jde však o to, že ženy preferují spíše léčiva jako drogy a nesoustřeďují se tolik na získávání drog tvrdých. Další možnost je samozřejmě zastírání nebo určitý vliv specifik ženských věznic.

Nejúspěšnější v získávání drog jsou recidivisté, kteří důvěrně znají prostředí a často mají i skvělý odhad osobnosti zaměstnance včetně odhalení jeho slabin.

Obecně nepřipustné (ilegální) jednání personálu Vězeňské služby projevující se, ať donášením drog nebo mařením účelu vazby – vynášením informací, dopisů, poskytováním mobilních telefonů apod. primárně souvisí s hodnotovou orientací konkrétního pracovníka a jeho mravními zásadami a postoji, jelikož většinou jedná za úplatu (zištně). Úplatnost některých jedinců z řad personálu je někdy vysvětlována v širších souvislostech (což je též projevem výskytu určité asociálnosti v názorech mezi pracovníky věznic) – nedostatečným finančním ohodnocením, malou sociální prestiží zaměstnání apod.

Existují poznatky, že zaměstnanci VS jsou vyhledáváni venku příbuznými vězňů či jejich společníky např. z řad organizovaného zločinu a za úsluhy jsou jim nabízeny nemalé částky. Nemusí tedy vždy jít nutně o „umění“ vězně si zaměstnance pro spolupráci získat. V této souvislosti je velmi pravděpodobné, že se můžeme setkat i s případy vydírání zaměstnance např. tím, že pokud spolupracovat nebude, bude ublíženo jeho rodině apod. Nemusí jít tedy vždy o případy ziskovosti, i když ty výrazně převažují a jistě i převažovat budou.

Významnější zkresení může být i tím, že náš průzkum byl proveden ve výkonu trestu a nikoliv ve vazebních věznicích. Zde může být drogová scéna naprosto jiná. Osobní obava dr. Sochůrka vychází z toho, že právě ve vazebních věznicích je činěn ještě vyšší tlak na zaměstnance ze strany vězňů, protože výrazně chybí potenciální zdroj drog na pracovištích (obvinění mimo věznice nepracují a i ve výkonu vazby pracují jen velmi sporadicky, a to spíše jen jednotlivci).

Další otázku jsme položili metodou volných asociací. Vězně jsme vyzvali, aby napsali **názvy všech léčiv („klepek“) která znají.**

Vězni dohromady vyjmenovali 142 různých druhů léčiv. Z nenávykových léčiv se objevily pouze Acylpyrin a Penicilin. Jejich výskyt lze zdůvodnit jejich všeobecnou znalostí většinou populace.

Vězni nejčastěji jmenovali následující farmaka (údaje v % - zaokrouhleno)

TAB č. 25:

	ML/C	MPV/C	MOTV/C	Ž/C
Rohypnol	44	38	79	20
Diazepam	23	21	34	23
Trihenidyl	5	1	6	10
Codein		6	9	3
Tramal			7	
Alnagon	5	4	7	13
Brufen	5			5
Tisercin			8	
Solutan	3		5	
Lepsiral (esíčka)	3			

Pozn.: C = celá určitá skupina (ML/C = všichni mladiství respondenti)

Zajímavé je, že se **ani jednou již neobjevila tradiční kriminální „klepka“ Yastyl**. Vězňům tato oblíbená specialita již vymizela z paměti. Dále však uvidíme, že pokud je jim tento název připomenut, část si rychle vzpomene. Stejně tak, zejména u mužské populace, je velmi nízký výskyt Alnagonu. **V oblibě stoupá léčivo Defobin, slangově nazývaný „kuřátka“.**

Pokud se podíváme do tabulky oblíbenosti z hlediska možných účinků léčiva, pak zřejmě převažují ta, která zklidňují, člověk se po jejich požití cítí bez problémů, nad věcí nebo ty, které mohou vyvolat halucinace. Výrazně klesla oblíbenost antiastmatik, když ve výše uvedeném souboru se objevují pouze dvě (Solutan, Codein).

U léčiv se naprosto jasně ukazuje, jak jejich oblíbenost souvisí s jejich dostupností. Rozhodující roli hraje regulace výdeje lékařským předpisem a následně frekvence předpisu dané speciality lékaři. Jak jsme uvedli výše, jsou vězeňští lékaři vystavováni obrovskému tlaku vězňů na preskripci léčiv s drogovým apelem.

Nesporným faktem je, že nejoblíbenější zneužívanou specialitou je Rohypnol. Rozložení nejoblíbenějších léčiv mezi vězni potvrzuje naše předchozí tvrzení o oblíbenosti určitých skupin léčiv mezi vězni.

V uvedeném výčtu jsou dvě léčiva, které mohou mít povzbudivé účinky – Codein a Solutan.

Další dvě léčiva mohou mít účinky halucinogenní – Triphenidyl a Lepsiral. Osm zbylých má spíše účinky zklidňující a anxiolytické, tedy navozují žádaný pocit „být nad věcí“ apod. **Novým prvkem je absence barbiturátů.**

Rovněž jsme se pokusili zjistit výskyt tradičních kriminálních drog nebo klepek.

Položili jsme proto otázku č. 30 – **Říkají Vám něco následující názvy? Popište, co to je:**

TAB č 26: Znalost některých vězeňských drog (správné odpovědi)

	<i>ML</i>		<i>MPV</i>		<i>MOTV</i>		<i>Ž</i>	
	D	O	D	O	D	O	D	O
Magorák	65,6	69,5	71,4	76,2	93,2	91,0	86,1	88,4
Kvašák	26,9	13,8	24,5	34,8	39,4	25,8	20,4	13,8
Kuler	X	X	X	X	4,4	X	X	X
Řezaný magorák	6,6	3,1	5,1	0	12,4	4,9	10,2	2,4
Yastyl	1,0	0	0	0	13,9	11,6	0	0
Esíčka	4,3	4,1	3,0	X	22,6	9,7	1,9	0
Mandláče (chlorprotixen)	X	X	X	X	X	X	X	X
Kříže, trifák (triphenidyl)	10,8	X	12,2	3,1	33,6	21,8	12	X

Tabulka ukazuje, že nejoblíbenější tradiční připravovanou drogou ve vězeních je stále magorák.

(Magorák je silný vývar čaje kombinovaný s dýmkovým tabákem. Vývar se nechá dlouho vylouhovat. K jeho přípravě je třeba čaj nedrcený (ve slangu „chlupatý“) a neparfémované dýmkové tabáky. Tento vývar s přísadkou léčiv, zejména analgetik, je nazýván řezaný magorák. Dr. Sochůrek se ptal mnoha vězňů na poměry čaje, tabáku a vody při přípravě magoráku. Nejčastěji vězňi uvádějí dva díly čaje a jeden díl tabáku. Hladina vody převyšuje vrstvu těchto látek asi 1:3, tedy 3 díly vody na jednu vrstvu čaje s tabákem).

Jeho obliba vysoce převyšuje ostatní velmi výrazně. Zejména je oblíben u recidivistů, kteří drogy zneužívají. Zarážející je jeho velká obliba u obou skupin žen. Zajímavé je i to, že se obliba magoráku téměř neliší mezi skupina D a O. „Řezaný magorák“ je naopak oblíben pouze u skupiny MT/D a Ž/D.

Určitá, i když menší obliba, setrvává u zákvasů, nebo-li „kvašáků“, které jsou též nazývány „čůča“. Důvody jsme již vysvětlili výše.

Opakujeme, že příčinu obliby těchto dvou substancí je třeba vidět nejen v jejich účincích (často nikoliv příliš výrazných), jako spíše v rituálu tajného pití.

Zneužívaná léčiva jsou známa jen některá. Zejména recidivisté je znají a je u nich v oblíbě antiepileptikum Lepsiral (esíčka) a někteří si ještě pamatují Yastyl. Zajímavá je absolutní neznalost Chlormezanonu (ve slangu „mandláče“), který před 15 lety patřil mezi nejvíce žádaná léčiva. Rovněž se nám vůbec neobjevila myorelaxancia, která rovněž patřila mezi oblíbené speciality. Absenci barbiturátů jsme konstatovali výše.

Konec dotazníku jsme věnovali určité **věrohodnosti vzorku**. Zeptali jsme se vězňů na některé typické znaky drog nebo slangové pojmy. **Vězňi na tuto otázku odpovídali velmi neradi, vyplněnou ji odevzdala necelá třetina dotázaných.** Vzorek jsme opět rozdělili na ty, kteří se k zneužití drogy přiznali a kteří nikoliv. Dále prezentované údaje uvádíme s vědomím, že zde **jde o výsledky získané na poměrně malém počtu vězňů.**

Správné odpovědi na vlastnosti drog a slangové pojmy (otázka č.31)

TAB č. 27: (údaje jsou v %)

	ML		MPV		MTOV		Ž	
	D	O	D	O	D	O	D	O
Jakou barvu má pervitin	93,4	63,4	30,6	30	69	50,4	49	45,4
Víte, co je stíha ?	37,6	35	26,5	9,4	43,8	13,6	35,2	12,6
Co je buchna?	58,0	34,2	30,2	12,9	43,8	6,9	26,9	11,8
Co je Yastyl	0	0	0	0	15,3	2,6	0	0
Pot člověka	21,5	20	10,2	0	19	13,2	5,8	0
Zornice	14	13	0	0	22	15,9	12	11,1

Nejllepší znalosti prokázali u většiny položek opět mladiství. Kromě Yastyly, který se již nevyrobí a mladí vězňi jej vůbec neznají, vysoce překročili znalosti ostatních skupin. Za povšimnutí stojí i malé rozdíly mezi skupinou ML abuzérů a těch, kteří drogu neužili. U

ostatních skupin je tento rozdíl velmi významný.

Výsledky ukazují, že odpovědi nejsou příliš zkreslené. Dokazují, že frekvence drog a znalostí o nich v mladé populaci je tak velká, že zasahuje celou mladou populaci. Ta o tuto problematiku projevuje velký zájem. Zásadním problémem pak zůstává dopad této skutečnosti na mladé lidi. Drogy jsou vesměs prezentovány jako statusový symbol doby. Řada mladých lidí má pocit, že stojí-li stranou drog, cosi ztrácí nebo nejde s dobou. Máme za to, že řada tzv. preventivních osvětových kampaní má zcela opačný dopad než preventivní. V oblasti drogové prevence bývá velmi často opomíjena odbornost. Vydávají se různé letáky, publikace, audio i video kazety někdy nevalné úrovně, nedobře připravené besedy apod.

Podle údajů Odboru zdravotnické služby GŘ VS ČR bylo ve vězeních lékaři zachyceno celkem 4.115 osob, které v minulosti dlouhodobě zneužívaly drogy nebo jsou na nich závislí. Údaj je však zkreslen tím, že do tohoto počtu jsou zařazovány i osoby, které zneužívaly alkohol. Z téhož zdroje vyplývá, že u 20 % vězňů, kteří nastoupili do vazby v Praze, byly v jejich moči nalezeny stopy po pervitinu, heroinu nebo barbiturátech (seřazeno dle četnosti nálezů).

V ČR je aktuálně vězněno přibližně 23.000 osob. Výše uvedený údaj ukazuje, že výrazné problémy s drogami (včetně alkoholu) má 18 % z nich již před příchodem do věznic, tedy téměř jedna pětina!

Tento údaj ukazuje naléhavou potřebu budování specializovaných protitoxikomanických léčeben-věznic. Současný trend vytváření malých roztroušených oddělení v jednotlivých věznicích je sice potřebný, avšak dle našeho názoru do budoucna jen málo perspektivní. V některých věznicích, dislokovaných v malých sídlech (vesnice, malá města) bude velmi složité zajišťovat odborný personál pro fungování takové léčebny. Tato oddělení ve věznicích by měla spíše shromažďovat abuzéry bez návyku, avšak vězni na drogách závislí by měli být umístěni ve vězeňském typu klasické léčebny (podobně jako jsou vězeňské nemocnice).

V našem výzkumu se 72,3 % zkoumaných vyslovalo, aby pro vězně zneužívající drogy byly určeny zvláštní věznice nebo alespoň oddělení. Nejvíce tuto variantu prosazovali recidivisté (76,6 % dotázaných), nejméně pak mladiství (63,4 % z nich). Pro úplnost dodáváme, že se tak vyslovalo 75,5 % dříve netrestaných mužů a 68,5 % žen.

Je zřejmé, že vězni vědí, jaké obtíže způsobují ti, kteří drogy zneužívají. Tito lidé svojí náladovostí a dalšími projevy ostatní obtěžují a narušují jejich „klid“. Je rovněž zřejmé, že se tak narušuje vnitřní prostředí věznic, tito vězni jsou častými zdroji konfliktů. Ty často i sami vyvolávají. Tím vzniká vnitřní napětí ve věznicích, které do značné míry ovlivňuje takové jevy, jako jsou útoky na vězeňský personál, vzájemná napadení mezi vězni, sebepoškozování, sebevraždnost, stížnosti a v neposlední řadě i možnost projevů hromadné nekázně vězňů.

Závěry:

- Zkušenosti s drogou má velmi pravděpodobně nejméně 40% z celkového počtu vězňených osob v ČR. Drogy jsou výrazným kriminogenním faktorem.
- Nejvyšší nárůst závislostí je pozorován ve skupině mladistvých a žen
- Drogová problematika se nejvýrazněji manifestuje u mladistvých delikventů.
- Potvrzuje se tradiční obraz drogových závislostí ve vězeních tak, jak byl pozorován již před dvaceti lety. Objevují se však relativně nové trendy, související s obecnou toxikomanickou scénou, zejména tlak na získávání klasických drog.
- K prvnímu experimentu s drogou dochází nejčastěji ve věku 14 až 15 let.
- Hlavním zdrojem informací o drogách jsou vrstevníci. Z tohoto hlediska je zřejmé, že se preventivní kampaně musí zaměřit právě na tuto skutečnost.
- Hlavním motivem prvního experimentu s drogou je zvědavost. To vypovídá o obecně příznivém společenském klimatu pro zneužívání drog, které jsou prezentovány a vnímány částí mládeže jako symbol doby.
- Drogy do věznic běžně pronikají a více či méně pravidelně se k nim dostává asi 20-30 % vězňených osob.
- Motivy pro zneužívání drog se výrazně liší mezi mladistvými a ostatními skupinami vězňů. Uvnitř jednotlivých skupin vězňů se výrazně liší mezi těmi, kteří drogu někdy zneužili a ostatními. Znamená to, že sémantický význam drogy pro tyto dvě skupiny lidí je odlišný.
- Hlavními způsoby průniku drog do vězení jsou dodávky „z venku“ (balíčky, návštěvy). Významnými zdroji jsou dále zaměstnanci (vězeňští pracovníci, ale i ostatní zaměstnanci, se kterými přicházejí vězni do styku) a zneužívání léčiv předepsaných lékaři.

Uskutečněný penologický výzkum si v žádném ohledu nečiní nároky na úplnost. Pokusili jsme se pouze provést určitou sondu do drogové problematiky ve vězeňství.

Je zřejmé, že drogové závislosti jsou výrazným kriminogenním faktorem. Lze jen těžko říci, zda primárním či sekundárním, tedy zda drogová závislost přivádí jedince ke kriminalitě či předchozí delikventní chování vede k drogám.

Ukazuje se však, že vězeňství se musí drogovou problematikou zabývat nikoliv izolovaně, ale jako nedílná součást celkového řešení této složité problematiky.

Zvolená technika ukázala i obtížnost zkoumání delikventní populace. Tito lidé o sobě velmi často neradi vypovídají, jakékoliv otázky asociují na policejní výslechy, přemýšlejí, zda jim nemohou uškodit. Mnozí z nich jsou mistry lhaní a zastírání. Přesto se domníváme, že byly získány relevantní údaje, které poskytují základní orientaci v problematice.

Uvědomujeme si, že **byly zkoumány pouze věznice a nikoliv vazební věznice**, ve kterých může být problematika v mnohých ohledech ještě naléhavější. **Výzkum ve vazebních věznicích předpokládáme provést v roce 2001.**

3. Způsoby zacházení s drogově závislými vězni v zahraničí

(zpracovala PhDr. Jana Válková)

Tato část studie obdobně jako předchozí část obsahující penologický výzkum, byla zpracována jako samostatně využitelný celek. Původní text dr. Válkové byl mírně upraven Marešovou, tak aby více navazoval na části předchozí.

3.1 Vstup do problematiky

Doporučení Rady Evropy č. R (98)7 *Ethical and Organisational Aspects of Health Care in Prison* (Etické a organizační aspekty zdravotní péče ve vězení) konstatuje, že podíl toxikomanů ve vězeňské populaci je vyšší než podíl netoxikomanů. To není důsledkem pouze legislativy namířené proti užívání drog a obchodování s nimi, ale především důsledkem tzv. „druhotných„ deliktů - zejména majetkových, které jsou páčány proto, aby pachatelé získali finanční prostředky na zakoupení drogy pro vlastní potřebu. Proto Doporučení klade důraz na poskytování adekvátní lékařské a sociální pomoci, jež by umožnila těm, kteří si odpykávají dlouhodobé tresty, zapojit se do poradenských a rehabilitačních programů. Tyto programy by měly pokračovat po jejich propuštění tak, aby to umožnilo společenskou reintegraci propuštěných a zabránění marginalizaci, která přináší riziko opětovné recidivy užívání drog (čl. 44 Doporučení).

Podle článku 45 Doporučení by protidrogové léčení mělo probíhat podle týchž zásad jako ve společenství. Např. lze využívat „klasických„ terapeutických přístupů založených na rychlém zabránění aplikace drog, jakmile se odsouzený toxikoman ocitne ve vězení, nebo lze uplatňovat terapii využívající podávání metadonu v případě, pokud ho odsouzený bral před nástupem výkonu trestu a má si odpykat krátkodobý trest.

Mezi doporučená opatření prevence recidivy užívání drog patří zřizování tzv. „bezdrogových„ („*drug free*„) jednotek, kde odsouzení zde umístění souhlasí s tím, že odolají pokušení vrátit se ke svému návyku. Za těchto okolností vězni podepíší „kontrakt„, jímž se zavazují zříci se drog a podrobit se náhodným zkouškám moči (čl. 46 Rezoluce).

Rezoluce dále zdůrazňuje úplnou integraci mezi specializovanými poradci ve věznicích a adekvátními službami fungujícími ve společenství, což má vést ke zvýšení plynulého přechodu z vězení na svobodu, po němž by měla pokračovat péče o propuštěného ze strany zařízení ve společenství (čl. 47).

Všeobecně se tedy uznává, že s drogami má závažné problémy velký počet vězňů a že dokonce ve věznicích jsou drogy pravidelně užívány častěji. Užívání drog významným způsobem u řady pachatelů přispívá k páčání trestné činnosti. Na jedné straně někteří vězni přicházejí do kontaktu s určitou drogou právě ve vězení, zatímco pro jiné uvěznění poskytuje příležitost zamyslet se nad svým jednáním a umožňuje jim kontaktovat zdejší terapeutické služby nebo jiné formy zacházení s toxikomany. Ve vězeňském prostředí jsou problémy, které užívání drog zákonitě přináší, patrnější a je na ně kladen větší důraz zejména, pokud se jedná o přenos AIDS, viru HIV, žloutenky a dalších závažných infekčních chorob prostřednictvím společných injekčních stříkaček. (Např. v roce 1995 bylo asi 9,3 % vězňů v Itálii HIV pozitivních; 15 % vězňů bylo infikováno v Portugalsku; v Irsku se odhaduje, že z 1 600 HIV pozitivních asi 300 - 500 osob si v minulosti alespoň jednou odpykávalo nepodmíněný trest; v roce 1994 v USA na 1 000 vězňů připadá 5,2 případů AIDS, což je téměř 6x více než

průměr v zemi²³. Nadto je známo, že obchod s drogami ve věznicích se stává významným zdrojem zastrasování, násilí, a dalších problémů, a to vězeňských orgánů i ostatních vězňů. Pro závislé vězně užívání drog přináší zvýšené riziko pro duševní a fyzické zdraví vězeňské populace (odhad zní: 10 % je postiženo závažnými psychiatrickými problémy).

Odhaduje se, že v zemích Evropské unie je uvězněno více než 350 000 osob s tím, že závažnými drogovými problémy, které výrazně poškozují jejich zdraví a přispívají k páchání další trestné činnosti, trpí třetina až polovina z nich.

Zatímco většina evropských vlád zastává podobné právní stanovisko, významně se liší ve svých přístupech realizace i konečného „produktu“, právního procesu. Kromě toho, v mnoha zemích se právní úprava pohybuje od jednoho konce „pásma tolerance“, k drogám a jejich uživatelům k druhému.

Ve většině evropských zemí drogové zákony mají počátek v rigidních názorech na drogovou problematiku, v některých případech se neodlišují tzv. „tvrdé“, drogy od „měkkých“, jinde vláda odmítá přijmout realitu drogové závislosti ap. Např. v Itálii, Anglii a Walesu, Lucembursku, Řecku, Francii či v Irsku veškerá podstatná drogová legislativa byla vytvořena v 70. letech a její základy platí dodnes, s výjimkou některých změn a doplňků. V Belgii a Nizozemí se tato legislativa datuje před 80 lety. Přístup k drogově závislým lze pozorovat dvojí: Např. v Nizozemí, Řecku, Belgii a Lucembursku se preferuje tzv. sociální model užívání drog, tzn., že drogový problém je především chápán jako problém vyžadující si léčení, toxikoman potřebuje spíše pomoc a ne potrestání. Proto jsou jim ukládány zejména příkazy k návštěvě detoxikačních center, povinnému docházení do léčebných center apod. Jiné země se přiklonily k trestajícímu směru. Kupř. v Itálii se v roce 1990 rozhodli pro systém „dvakrát a dost“, kdy užívání drog pro vlastní potřebu bylo kriminalizováno, pokud se toxikoman dvakrát odmítl zapojit do terapeutického léčebného programu nebo z něho dvakrát odešel. V roce 1993 však v rámci referenda veřejnost rozhodla o dekriminalizaci takového jednání s tím, že vůči toxikomanovi lze nadále uplatňovat i administrativní opatření.

Již jsme uvedli, že drogy nejsou přítomny pouze ve společnosti, ale i ve věznicích (míra drogové závislosti v nizozemských věznicích se odhaduje na 50%; v jednom španělském vězení je dokonce 70% vězňů uvězněno pro konzumaci, obchodování nebo držení drog). Nejužívanější drogou je konopí. (Užívání konopí ve věznicích je typické zejména pro země s vysokou konzumací hašiše ve společnosti).

Vězeňská politika vůči odsouzeným se v různých zemích v některých momentech liší, v některých je podobná. Zajímavá je strategie vypracovaná v Anglii a Walesu (blíže viz část 2: „Velká Británie,“). Ve vězeňských zařízeních jiných zemí je větší důraz kladen na léčebný aspekt drogové závislosti. Např. strategie v Nizozemí se prvořadě zaměřuje na péči o uživatele drog prostřednictvím lékařského a psychosociálního zacházení. To je podpořeno sítí terapeutických tzv. „*drug free units*“, které fungují od roku 1979. Jiné Vězeňské služby poskytují programy drogově závislým vězňům více méně ad hoc.

Snahy o nápravu vězňů, kteří chtějí přestat užívat drogy, mají určitý úspěch, zejména v těch zemích, které na tyto programy vyčleňují adekvátní finanční prostředky a které vycvičují vězeňský personál v terapeutické práci. V těchto zemích je patrná tendence neuspokojovat potřeby těch vězňů, kteří nejsou motivováni ke skoncování s drogami. I když asi není realistické očekávat, že vězni se dobrovolně vzdají své drogy, existují způsoby, jimiž lze redukovat riziko vzniku škodlivých následků, které užíváním drog způsobují sobě i ostatním.

²³ The European Commission Health and Safety Directorate - Rate you Risks, The Facts about Infections.

Přístup omezování těchto škodlivých následků je ve věznicích rozšířen méně často a pomaleji než ve společenství, ale zdá se, že má rostoucí tendenci. Např. v Rakousku, Španělsku a USA v určitých věznicích fungují metadonové programy. Ukazuje se, že tyto programy mohou snížit podíl vězňů užívajících společnou injekční stříkačku a zvýšit počet těch, kteří po propuštění z výkonu trestu vyhledají léčeni.

V souladu s doporučením Světové zdravotnické organizace ve Švýcarsku a od nedávné doby i v Německu jsou realizovány zkušební projekty výměny jehel.

Obecně existuje celá řada modelů, které lze rozdělit do tří základních typů:

1. Protidrogová léčba je realizována v průběhu výkonu trestu odnětí svobody. V určité etapě výkonu trestu je odsouzený zařazen do specializovaného oddělení s protidrogovým programem („*free-drug units*„ nebo „*free-drug sections*„). V něm jsou uplatňovány různé druhy psychologických a sociálně-nápravných postupů, které jsou převážně organizovány na principu komunity.
2. Protidrogové léčení probíhá vně vězení jako alternativa mezi detencí a protidrogovou léčbou (nebo v kombinaci s dočasným přerušeni výkonu trestu za účelem absolvování léčby)
3. Protidrogové léčení probíhá po ukončení výkonu trestu odnětí svobody.

Bez ohledu na typ léčení zahraniční zkušenosti jednoznačně prokazují užitečnost zlepšení vězeňské péče s pomocí externích profesionálních pracovníků. **Švédský** projekt využívá vyléčených toxikomanů, kteří motivují závislé vězně, aby se zapojili do léčení. **Holandsko** využívá externistů již od poloviny 70.let. Ve **Francii** je tato pomoc zaměřena na usnadnění přístupu k léčení těch, kteří se chtějí léčit až po propuštění z výkonu trestu, a na pomoc drogově závislých překonat strach ze života na svobodě. V **Německu** se tato pomoc datuje od druhé poloviny 60. let. Externí pracovníci postupem času, s nárůstem drogového problému ve věznicích, dosáhli větší integrace, vyššího statutu a přístup k dokumentaci odsouzeného.

Pokud jde o podávání metadonu, tak v Nizozemí ve větších městech (Amsterdam, Rotterdam a Utrecht) mají metadonové programy uplatňované vůči toxikomanům své pevné místo; v holandských věznicích jsou realizovány méně často, než by se dalo očekávat. Zdá se, že zavedení systematictějších metadonových programů v nizozemských věznicích částečně brání morální zábrany vězeňských lékařů vůči lékařskému poskytování opiátů toxikomanům. Ve Švýcarsku již 15 let funguje v ženevské věznici standardní postup, pomocí něhož je drogově závislým při nástupu výkonu trestu nabídnuto omezené předepisování metadonu. V úvahu připadají pouze odsouzení vězni a metadonový program je limitován maximální desetidenní dobou. Součástí tohoto schématu je nabídnutí poradenství a výchovných aktivit. Důraz je též kladen na usnadnění navázání kontaktů s relevantními organizacemi ve společenství po propuštění vězně z výkonu trestu o. s.

Od roku 1987 funguje metadonový program také ve věznicích v New South Wales (Austrálie). Jeho hlavním cílem je snížení recidivy mezi vězni, prevence HIV a žloutenky.

Ve Spojených státech je metadonový program realizován v jediné věznici - na Rikers Island v New Yorku. Jedná se o Key Extended Entry Programme (KEEP), v souladu s nímž je vězňům podáván metadon, pokud jsou označeni za drogově závislé a pokud si neodpykávají trest delší než 1 rok (v případě delšího trestu je vězeň převezen do státní věznice, kde není takový program dostupný).

Názory na podávání metadonu jsou kontraverzní. Zdá se, že dosud existuje konflikt mezi terapeutickými a metadonovými programy s důrazem kladeným vězeňským personálem na potrestání vězňů prostřednictvím zbavení svobody. Navíc, vězeňský personál často nechápe cíle metadonových programů. Oponenti tohoto postupu namítají, že vězni zapojení do metadonového programu nemají možnost být přeřazeni do méně střežených vězeňských zařízení, že ve věznicích nemají přístup k práci ani k poradenským službám v oblasti drogové závislosti. To, že vězni nemohou pracovat po dobu jejich zařazení do programu, je však dáno tím, že v té době jsou více náchylní k úrazům. Výzkumy účinnosti metadonových programů naznačují, že mezi vězni, kteří ho absolvují, je menší podíl nezákonného užívání drog, méně často vyhledávají „černý trh“, s drogami ve věznicích a výskyt recidivy mezi nimi je menší než mezi ostatními drogově závislými vězni.

O potřebě nabízet ve věznicích v případě potřeby drogové služby závislým vězňům nelze pochybovat. Rostoucí podíl těchto vězňů ve vězeňské populaci je alarmující. Poznatky naznačují, že tyto služby mohou pro ně být prospěšné. Naopak, pouhý výkon trestu bývá obvykle kontra - efektivní. Protože vězeňské zařízení vězně silně konfrontuje s problémy, jimž čelí, stává se detence ideálním počátkem léčení. Detence nepředstavuje pro odsouzeného přerušování léčebného procesu, který leckdy již zahájil před nástupem výkonu trestu, a pro některé odsouzené inkarcerace ztěžuje jejich odstoupení od programu. V neposlední řadě drogové služby ve věznicích mohou pozitivně ovlivnit sociální klima, které zde panuje.

3.2 Způsoby zacházení se závislými vězni ve vybraných zemích Evropy a Severní Ameriky

Výběr zde uvedených zemí byl ovlivněn především dostupností důvěryhodných informací o drogové problematice v zahraničních věznicích. Nejvíce byly využity studie zasílané IKSP přímo různými vědeckými a vysokoškolskými institucemi a partnerskými kriminologickými pracovišti či materiály zahraničních justičních institucí publikované v angličtině a dostupné v resortu spravedlnosti ČR nebo na internetu.

BELGIE

Studie ukazují, že 45% mladých lidí užívá nezákonné drogy (2x více chlapců). Pro tuto populaci je význačné užívání několika drog současně. Péče o toxikomany je především zaměřena na detoxikaci a rehabilitaci; existují centra poskytující metadon.

V Belgii funguje 33 věznic. K 1.12. 1993 v nich bylo drženo 2 270 vězňů, kteří se v menší či větší míře potýkali s drogovými problémy. Předpokládá se, že ve věznicích je nejčastěji užíváno konopí. Závislí vězni procházejí detoxikací. Vězeňský lékař jim obvykle předepíše sedativa nebo metadon (metadonové programy nejsou v belgických věznicích běžnou praxí).

Péče o tyto vězně nebo poradenství se zaměřuje na :

- stimulování motivace zahájit (pokračovat) v léčbě po propuštění z výkonu trestu
- průběžné poradenství ve všech možných formách
- podnětění k navázání kontaktu s poradenskými a léčebnými zařízeními, které by mohly převzít péči po propuštění na svobodu
- pomoc zahrnující sociální a právní aspekty rehabilitace

Ministerstvo spravedlnosti rozhodlo o rozšíření pozorovacích a léčebných jednotek ve věznicích, v nichž pracují sociální pracovníci, psychiatři a psychologové.

Ve věznicích ve Verviers a Dendermonde fungují *drug - free* jednotky. Účast v nich je dobrovolná a klienti podepíší smlouvu, v níž se zavazují k drogové abstinenci, zřikají se drog, obchodování s drogami ve věznicích, a souhlasí s prováděním zkoušek moči. Za to se jim dostává určitých výhod.

DÁNSKO

Odhaduje se, že každoročně asi 30% vězeňské populace tvoří uživatelé drog. Z nich přibližně 40% je užívají nitrožilně a/nebo berou jiné drogy než hašiš nebo v kombinaci s hašišem. Asi 11% uživatelů je zadrženo pro trestné činy přímo související s drogami a 35% uživatelů ve věznicích se dopustilo trestných činů, které lze označit za běžné, méně závažné delikty nebo spáchali trestné činy s drogami přímo související.

Dánský systém zacházení se závislými vězni je podobný tomu, který je aplikován ve společenství, protože se má za to, že vězňům by mělo být nabídnuto zacházení téže kvality, která je toxikomanům poskytována ve společenství. Tento systém umožňuje realizaci náhradního léčení pro těžce závislé. Ve věznicích fungují detoxikační jednotky, jejich činnost je podpořena sítí „*drug free units*„. Dánská vězení zřídila speciální oddělení pro silně závislé vězně a větší oddělení byla rozdělena na menší. Jako v řadě jiných zemích, i v Dánsku odsouzení toxikomané podepisují smlouvu, že se zřikají drog, že souhlasí s léčením, že nebudou udržovat styky s ostatními závislými vězni a že berou na vědomí častější provádění zkoušek moči (za to se jim dostávají určitá privilegia, jako jsou častější vycházky, možnost vzdělání vně vězení, častější kontakty s rodinnými příslušníky. Ideou je, že zvláštní vězení nebo jednotky uvnitř nich by měly být vyhrazeny pro ty, kteří jsou motivováni řešit své problémy. Zajímavostí je, že v dánských věznicích odpovědnost za léčbu drogově závislých nese výhradně vězeňský lékař, a vězeňská správa nemá žádný vliv na její průběh či na stanovenou medikaci. Uživatelům opiátů, kteří se již pokusili léčit jiným způsobem, lze nabídnout metadonový program. Nezbytnou podmínkou je, že v léčení budou po svém propuštění pokračovat.

FINSKO

Od začátku roku 1997 ve Finsku poskytují čtyři nevládní organizace zhruba 400 vězňům a 350 členům vězeňského personálu své služby. Tyto služby jsou reakcí na rychlý nárůst problémů s drogami a alkoholem ve zdejších věznicích. Nevládní organizace v tomto smyslu předčily možnosti finských vězňů reagovat na existující problémy. Pro zapojení „vnějších,, služeb hovoří to, že se zacházením s drogově závislými a alkoholiky mají bohaté zkušenosti; rovněž - a to je nezanedbatelné - jejich finanční možnosti jsou lepší než nápravných zařízení. Služby jsou poskytovány v partnerství s finským ministerstvem spravedlnosti, Vězeňskou správou, ministerstvem sociálních věcí a zdravotnictví, deseti věznicemi a zmíněnými čtyřmi nevládními organizacemi: *A-Clinic Foundation*, *The Deaconnes Institute*, *Kalliola Clinics* a *the Finnish Blue Ribbon*. Nevládní organizace poskytují vězňům celou šíři služeb, kteří mají problémy se závislostí a na svém problému chtějí pracovat. *A-Clinic* poskytuje čtyřtýdenní léčebný kurz založený na zdokonalování kognitivních dovedností. Vězni navštěvují kurz během dne a v noci se vrací do věznice. *Deaconess Institute* zaměstnává zdravotní sestru,

která pracuje ve dvou helsinských věznicích a pomáhá závislým vězňům v souvislosti s jejich nápravou po jejich propuštění na svobodu. *Kalliola Clinics* pomáhá věznicí pro mladistvé v Kerava s chodem drug - free oddělení tím, že školí vězeňský personál a konzultuje s nimi vypracované programy. *Finnish Blue Ribbon* nabízí rehabilitační kurz sestávající ze tří částí: Po týdnu stráveném v *Tyynelä Rehabilitation Centre* se vězňům dostává podpory ze strany školení personálu. Poslední víkend vězni opět tráví v *Tyynelä Centre*. *Finnish Blue Ribbon* také propuštěným vězňům pomáhá s jejich návratem do společnosti.

FRANCIE

Ve Francii jsou závislí na drogách pokládáni za psychiatrické pacienty. Z toho důvodu, ačkoliv je zneužívání drog trestné, zákon umožňuje státnímu zastupitelství předat pacienta na léčení a v důsledku toho nepodniknout žádné právní kroky. Proto nesmějí být drženi spolu s ostatními vězni, ale nejsou povinni se na zvláštních odděleních, kde jsou umístěni, léčit. Odsouzený toxikoman má možnost se rozhodnout, zda bude v trestu pokračovat nebo zda přistoupí k detoxikaci a léčení. Reakcí na nárůst drogově závislých ve věznicích během 70.let bylo přijetí medicinského multidisciplinárního přístupu.

Od roku 1986 začaly pro odsouzené toxikomany pracovat tzv. „*antennes toxicomanie*„, týmy složené z lékařů, zdravotních sester, sociálních pracovníků a pedagogů. Tyto týmy dnes pracují ve většině věznic, ale řídí je ministerstvo zdravotnictví (první ve Fresne). „*Antennes toxicomanie*„ poskytují poradenské služby a alespoň v jedné věznicí funguje čtyřtýdenní předpropouštěcí program, který se soustřeďuje na pomoc vězňům překonat praktické potíže spojené s bydlením, zaměstnáním a nápravou. „*Antenne*„ nabízí individuální přístup, skupinovou práci, zapojení rodinných příslušníků, terapeutické aktivity, zprostředkování kontaktu s externími organizacemi a další. Cílem je umožnit propuštěným získat pocit, že je na nich, zda budou moci ve společenství požívat veškerá občanská práva.

Od března 1992 „*antenne toxicomanie*„ spolu s *Quartier Intermediaire Sortant* spustil předpropouštěcí program zaměřený na intenzivní zacházení před propuštěním na svobodu, k němuž dochází několik měsíců před ukončením výkonu trestu a které se týká zatvrzelých recidivistů.

IRSKO

Misuse of Drugs Acts (Zákony o zneužívání drog) z roku 1977 ve znění dodatků z roku 1984 umožňují zřizovat pro závislé vězně zvláštní léčebné jednotky; s jejich realizací je však dosud málo zkušeností. Poskytování služeb závislým vězňům je realizováno na ad hoc základě. V každé věznicí pracovníci *Probation and Welfare Service* poskytují individuální či skupinové poradenství (ve spolupráci s externími organizacemi; ty se zejména koncentrují na poskytování služeb po propuštění vězňů na svobodu). Lékařská podpora dlouhodobé intoxikace vězňů je minimální a obecně se jedná o realizaci 5 - 7 denního detoxikačního programu. Pokud vězni doznají, že jsou HIV pozitivní, podrobují se až tří až čtyřměsíční detoxikaci. Některým vězňům je povoleno dočasné přerušení trestu, aby se mohli léčit v terapeutické komunitě, což představuje několik ústavních a ambulantních programů. V podstatě celou šíři možností zacházení s drogově závislými vězni pokrývají organizace ve společenství (od ústavního léčení po výměnu jehel).

ITÁLIE

V Itálii funguje 298 různých vězeňských zařízení. Z celkového počtu uvězněných je asi 30 % drogově závislých.

V roce 1985 byl přijat zákon, podle kterého mohou drogově závislí vězni s trestem nepřevyšujícím čtyři roky (mladiství s trestem do tří let), pokud chtějí absolvovat léčebný a socionápravný program, požádat, aby za tímto účelem byli uvolněni z vězení; musí si však odpykat polovinu trestu. Vězni, u nichž nebyla diagnostikována drogová závislost, jejichž trest nepřevyšuje tři roky a kteří se v nápravném zařízení chovají uspokojivě, mohou požádat o propuštění z nápravného zařízení, aby mohli absolvovat nápravný program ve společenství. Protidrogové léčení jako alternativa uvěznění je založeno na smlouvě mezi vězněm a léčebným zařízením. Jestliže odsouzený přeruší léčbu nebo se mu vyhne, musí nastoupit trest s tím, že doba strávená v léčení se nezapočítává.

V Padovské oblasti existují dvě věznice různě charakterizované:

3. „*Casa Circondariale*„, do které jsou umístováni zejména toxikomané z chudých čtvrtí. Hlavním problémem těchto osob je vypořádat se s pacientovou krizí, (kterou často představuje syndrom skoncování s drogou).
4. „*Casa di Reclusione*„, ve které toxikomané zůstávají delší dobu. Funguje zde „bezdrogové„ křídlo.

Následně *Addiction Treatment Units* (ATU) (obvykle fungují ve společenství) poskytují závislým vězňům lékařskou psychologickou a socio - nápravnou pomoc. Protože řada vězňů v padovských věznicích pochází přímo z Padovy nebo okolí, byl sestaven multi-profesionální tým složený z pracovníků různých jednotek *Local Health Unit*, takže zahájení a pokračování péče může probíhat rychleji a snáze.

CHORVATSKO

V případě odsouzení za drogový delikt k nepodmíněnému trestu je pachatel užívající drogy odeslán do diagnostického střediska, které funguje v rámci okresní věznice v Záhřebu. Po provedeném diagnostickém pozorování je odeslán buď do *district prison* (pro odsouzené odpykávající si trest o.s. do šesti měsíců) nebo do některého z *penal institution* (otevřená, polootevřená nebo uzavřená vězení). V diagnostickém středisku je odsouzenému maximálně po dobu šedesáti dnů podáván metadon. Ten je možné podat v případě potřeby i ve vězeňské nemocnici. Ve vězeňských zařízeních fungují „*drug-free*„ programy. Ačkoliv byl počet pachatelů, kteří spáchali drogový delikt, v roce 1997 pětkrát vyšší ve srovnání s rokem 1992, neexistuje povinné protidrogové léčení. Odsouzení toxikomané jsou obvykle umístováni do uzavřeného vězení, kde je možnost dostat se k drogám minimální. S těmito odsouzenými se zachází stejným způsobem jako s ostatními.

Tabulka č. 1: Počet narkomanů ve věznici v Lepoglavě

ROK	POČET
1992	29
1993	63
1994	79
1995	104
1996	151

1997	153
K 31.8. 98	113

KANADA

Canada's Correctional Services (CCS) (Kanadské nápravné služby) se podílejí na realizaci Kanadské drogové strategie vytyčené federální vládou. Cílem CCS je snížit zneužívání návykových látek a obchodování s nimi, a redukovat s nimi související účinky tím, že budou vzdělávat vězně, co se nebezpečí užívání drog a omezení jejich dostupnosti ve věznicích týče, a dále poskytováním potřebných znalostí a dovedností souvisejících s jejich konkrétními drogovými problémy. Ve věznicích jsou realizovány různé programy zacházení s odsouzenými toxikomany. Např. v rámci programu *Offender Substance Abuse Pre - Release Program* (OSAPP) nebo programu ALTO uskutečněných v Quebecu se odsouzení učí dovednostem, které pomáhají snížit pravděpodobnost, že po svém propuštění z federálního vězení budou nadále zneužívat drogy. Domorodcům je nabízen program *Aboriginal Abuse Program*. Vyhodnocení programů svědčí o jejich perspektivnosti a účinnosti. Při vypracovávání léčebných plánů a programů se postupuje případ od případu, v závislosti na získání a posouzení informací o existenci drogové závislosti mezi vězni a o vztahu mezi jejich zneužíváním drog a kriminálním chováním. Zmíněné programy se liší intenzitou úrovně. Ve věznicích také fungují různé „svěpomocné„ skupiny (např. po vzoru *Alcoholics Anonymous*), na jejichž činnosti se vždy podílejí i dobrovolní pracovníci ze společenství.

LUCEMBURSKO

Jediné vězení v Grand Duchy je rozděleno na uzavřený ústav a polootevřený ústav. Neexistuje v něm protidrogové léčení. Personál *Jugend - an Drogenhelfer* (charitativní organizace) přichází za vězňem na jeho vlastní žádost. V lucemburském vězení nejsou povinně konány žádné návštěvy vězňů ze strany personálu (zdravotního, sociálního ap.)

Cíle organizace *Jugend-an Drogenhelfer* lze sumarizovat následujícím způsobem:

- Udržování kontaktu s uživateli drog navázaného před jeho uvězněním
- Poradenství a péče při vypuknutí epidemie ve věznici
- Prevence AIDS (individuální poradenství)
- Péče o uživatele drog nakažené virem HIV ve věznici
- Příprava na propuštění

Výměna jehel nebo poskytování dezinfekčních prostředků je ve věznici přísně zakázáno. Jestliže vězeňský nebo probační pracovník podezívá vězně z užívání drog, může ho poslat na zkoušku moči. V případě pozitivního nálezu je umístěn na několik týdnů na samotku. Pokud se vězeň odmítne zkoušce podrobit, je to bráno jako pozitivní nález, a odsouzený je za to potrestán.

NIZOZEMÍ

První drogový zákon - *Opium Act* - byl přijat v roce 1919; poslední změny a doplňky jsou z roku 1976. Studie ukazují, že přibližně polovinu vězeňské populace tvoří drogově závislí. Strategie drogové politiky ve věznicích se opírá o dva důležité aspekty. Za prvé, jedná

se o péči o drogově závislé vězně prostřednictvím medicinského a psycho - sociálního zacházení, a o poskytnutí příležitosti pokračovat v léčení po jejich propuštění na svobodu. V této souvislosti prvořadou úlohu sehrávají tzv. „*drug free units*„, (DFU), jejichž činnost byla experimentálně zahájena v roce 1979 v Rotterdamu a Amsterdamu. V roce 1996 kapacita třinácti DFU zahrnovala 300 cel; každá jednotka je omezena počtem 12 - 30 vězňů. Druhým prvkem nizozemské strategie je provádění kontrol na celách a zkoušek moči. Od 1.12.1988 (*Circular* č. 221 DJ88) lze, za splnění určitých podmínek, uložit vězňům, aby spolupracovali při zkoušce moči na přítomnost drogy (na základě nařízení ze 14.11.1988 zavedením čl. 28a) Vězeňských pravidel). Tím se umožnila realizace jednoho z doporučení zprávy „*Drugs Detentie*„, (Vězení bez drog) zaměřené na zintenzivnění politiky kontroly drog Vězeňskou službou.

Dostupné drogové služby

Obecně, v každé věznici jsou dostupné následující drogové služby:

- úvodní program, v jehož rámci jsou poskytovány informace o vězeňské drogové politice a dostupných drogových službách
- krizová intervence pro ty, kteří akutně potřebují péči
- vstupní program pro zařazení do „bezdrogové jednotky„; do něho se mohou zapojit všichni vězni, kteří se chtějí oprostít od užívání drog. Jeho cílem je zjistit, zda je účast v DFU potřebná a stimulovat motivaci změny chování vězně.
- v omezené míře je dostupné individuální léčení určené těm toxikomanům, kteří jsou motivováni, avšak z určitého důvodu se nemohou dostat do DFU.

V nizozemských věznicích neexistuje metadonový program ani program výměny jehel. Vězni umístění v DFU nesmí užívat metadon; pokud ho někdo před vstupem na jednotku aplikuje, během dvou týdnů s ním musí zcela přestat.

„*Drug free*„ *units* (DFU)²⁴

Hlavním cílem DFU je:

1. Nabídnout ochranu před drogami a drogovými dealery.
2. Zahájit proces zacházení s toxikomany nabídnutím různých druhů péče a zacházení. Jedná se o podporu a stimulaci motivace změnit postoj k užívání drog. Dále jde o zlepšení sebepoznání toxikomana. V rámci tohoto procesu jsou nabízeny různé kvalifikační kurzy a kurzy na zlepšení dovedností. Účast v těchto programech je výsledkem individuálního plánu zacházení.
3. Pokračování péče po propuštění z výkonu trestu. DFU totiž představuje pouhý začátek procesu nápravy.

Jednotky DFU lze charakterizovat takto:

2. Izolace. Cílem je vytvořit prostředí, kde se po psychické stránce vězni cítí bezpečně.
3. Účast v DFU je ryze dobrovolná. Nicméně, v současné době vězeňská politika vyvíjí na vězně určitý tlak, aby se do programu zapojili.

²⁴ Drug Free Units byla v nedávné době přejmenována na Addicts Guidance Unit.

4. Nejdůležitějším kritériem pro přijetí do DFU je motivace vězně stát se abstinentem. K co největší účasti vězňů na programu stimuluje systém odměňování pozitivního a odrazování od negativního chování.
5. Provádění náhodných testů moče (obvykle 2x týdně) je povinnou součástí programu. Pozitivní nález znamená vyloučení z DFU. V ostatních částech věznic je testování pouze příležitostné.
6. Práce personálu je týmová; tým tvoří vězeňský funkcionář, psycholog, lékař, specialista - drogový pracovník a zástupce byra sociálních služeb. Členem týmu se může stát i sportovní instruktor. Pracovníci tohoto specializovaného týmu jsou zaměstnání v ambulantních zařízeních péče o toxikomany. Tato zařízení mají postavení probačních a postpenitenciárních pracovišť²⁵. Personál zajišťující zacházení s toxikomany nabízí různé služby, mezi něž patří individuální a skupinové poradenství.
7. Programy DFU vyvíjejí řadu aktivit, jako je sport, jóga, meditace a vzdělávání. Ve srovnání s běžnými jednotkami ve věznicích tráví vězni umístění v DFU ve svých celách méně času. Ústředním bodem přístupu DFU je formování metodou konfrontace; DFU vězni jsou trvale konfrontováni s různými špatnými způsoby řešení problémů, jimž čelí (např. útky) a hledají se pozitivní řešení.
8. V DFU jsou toxikomané umístěni v průměru čtyři měsíce.

Některá vězení mají speciální jednotky, které připravují vězně na léčení mimo věznici. To většinou organizují za pomoci speciálních ambulantních služeb zvenčí. Léčení vně vězení, jakožto součást vězeňského systému, umožňuje stávající zákon. V Nizozemí se na drogovou závislost pohlíží jako na duševní onemocnění. Celá řada léčebných zařízení projevuje ochotu přijmout odsouzené toxikomany k léčení, ti však mohou nabídky využít až po odpykání poloviny trestu. Léčení zpravidla pokračuje po ukončení výkonu trestu.

POLSKO

V nápravném zařízení ve Varšavě funguje terapeutické oddělení pro drogově závislé osoby. Terapie trvá přibližně šest měsíců a lze ji na návrh komise odborných pracovníků tohoto oddělení prodloužit. Komise má právo podle potřeby některé vězně z léčebného programu vyřadit. Psychologové nápravného zařízení se snaží vězně - toxikomany, pozitivně k léčbě motivovat.

PORTUGALSKO

Nový Drogový zákon byl přijat v roce 1993; přizpůsobil předchozí zákon z roku 1983 mezinárodním úmluvám a změnám vnitrostátních zákonů a předpisů. Nový zákon mj. nahlíží na uživatele drog jako na lidi, kteří si zasluhují léčení, a usiluje o lepší koordinaci mezi soudním a lékařským systémem s cílem zabránit užívání drog a potřebným osobám umožnit různé způsoby zacházení.

²⁵ Nizozemské probační služby jsou řízeny třemi organizacemi, spolu se 16 klinikami pro zneužívání alkoholu a drog (Clinic for Alcohol and Drug Abuse). Nad těmito klinikami provádí dohled the Netherlands Mental Health Care Association; jejich cílovou skupinou jsou pachatelé s drogovými problémy. Zmíněné probační služby také fungují ve všech věznicích. Důraz je kladen na aktivity uskutečňované v DFU.

V Portugalsku je celkem 47 nápravných zařízení. Od října 1992 funguje v osmi věznicích integrovaný plán pro uživatele drog, který vypracovala Vězeňská správa; úředně byl schválen v srpnu 1993. Ve všech osmi věznicích je činěn pokus realizovat následující program určený uživatelům drog: vstupní konzultace a stanovení diagnózy; potlačování drog nebo náhradní léčení prováděné pod lékařským dohledem.

Ve čtyřech z oněch osmi věznic je kromě zmíněného programu též dostupný strukturovaný program lékařského a psychoterapeutického zacházení a socioterapie. Je určen pro toxikomany, kteří jsou přístupní k léčení.

V každé z vybraných osmi věznic funguje tým složený z jednoho vězeňského pracovníka, jednoho psychiatra, jednoho až dvou psychologů a čtyř zdravotních sester pracujících na směny.

ŘECKO

První drogové zákony byly přijaty v roce 1970 a 1972 (k první novelizaci došlo v roce 1978). Zákon byl opět změněn v roce 1993.

Řecký vězeňský systém sestává ze:

- tři venkovských věznic
- šesti uzavřených věznic
- tři terapeutických zařízení (nemocnice a sanatoria) pro všechny druhy duševních poruch
- tři nápravných zařízení pro vězně ve věku 15 - 21 let.

Uživatelé drog jsou obvykle v péči vězeňského psychiatra. Jednou týdně po sjednání schůzky může svůj problém konzultovat i s jinými lékaři. Závislí vězni nejsou odděleni od ostatních.

Od roku 1987 v pěti řeckých věznicích probíhají drogové programy. Skupiny KETHEA se setkávají jednou týdně po dobu 7 - 10ti měsíců. Po uplynutí této doby může toxikoman požádat státního zástupce, aby mu dovolil pokračovat v léčení mimo vězení využívající přitom zákona, který byl specificky navržen proto, aby toxikomanům umožnil poskytnutí terapeutického léčení, jemuž je dáována přednost před pobytem ve vězení.

Obecně, ve věznicích nefungují žádné specifické služby zřízené výhradně v souvislosti s řešením problematiky užívání drog. Této činnosti se ve věznicích podujaly Drogová jednotka psychiatrické kliniky v Athénách a organizace KETHEA. Účast na programu je dobrovolná, někteří v něm pokračují i po svém propuštění. Chce - li se závislý vězeň zapojit do programu, musí přestat s drogami; nesmí chybět na více než dvou sezeních za sebou; musí respektovat ostatní a poznatky ze skupiny musí uchovat v tajnosti. O možnosti povinné terapie v Řecku se neuvažuje, protože kompetentní orgány zastávají názor, že vězení se nemůže změnit v terapeutické centrum a že práce se závislými vězni má pouze podpůrný charakter.

Jednotka vydává frekventantům certifikáty o účasti, co by důkaz o jejich snaze řešit svůj problém.

SKOTSKO

Pro skotské věznice, obdobně jako pro ty v Anglii a Walesu, jiných západoevropských zemí, v Austrálii i Severní Americe je charakteristický disproporčně vysoký počet závislých vězňů ve srovnání se společenstvím jako celkem. Zvýšený zájem o zacházení s těmito vězni bezesporu souvisí s neustále rostoucím rizikem přenosu viru HIV prostřednictvím dělení se o injekční vybavení i se sexuálním chováním ve věznicích.

Poskytování drogových služeb ve skotských věznicích se liší vězení od vězení. Reakcí na problém drog může být malý počet realizovaných specializovaných projektů, zaměstnávání individuálních drogových pracovníků v rámci sociální práce ve věznicích až po spoléhání se na externí pracovníky různých drogových organizací vně vězení. Ve věznici v Barlinnie se vězňům a jejich rodinným příslušníkům poskytuje individuální a skupinové poradenství (*Barlinnie Addiction Project*). Někteří poradci jsou z řad vězeňského personálu, část tvoří externí pracovníci. *Low Moss Addiction Unit* se v určitém ohledu podobá drogovým léčebným jednotkám ve společenství. Vězni žijí po dobu čtyř dnů v oddělených ložnicích, které v první řadě řídí vedoucí vězeňští pracovníci za přispění pracovníků statutárních vězeňských agentur, jako jsou sociální pracovníci a vychovatelé. Během posledního týdne trvání programu jsou do něho zapojeny externí organizace.

Je jasné, že existují kulturní rozdíly, pokud jde o výskyt zneužívání drog, drogově závislé a s tím související problémy, jako je výskyt viru HIV mezi vězeňskou populací. Z toho důvodu, i když je třeba na reakci na užívání drog nahlížet v globálním kontextu, je také nezbytné se zaměřit na epidemiologické a behaviorální faktory, které byly identifikovány v rámci jednoho extenzivního výzkumu mezi skotskou vězeňskou populací.

Nejčastěji užívanou drogou i ve skotských věznicích je konopí. Přesto častá je injekční aplikace. Proto se *Scottish Prison Service* (Skotská vězeňská služba) zaměřuje na tento způsob užívání drog. Takto zaměřená šetření mimo jiné proběhla v edingburském vězení v Saughton a v Lothian (se zaměřením na vztah mezi užíváním drog a výskytem osob nakažených virem HIV). *Saughton Drug Reduction Programme* se stal modelem, který je v modifikované podobě přebírán ostatními skotskými věznicemi. (Blíže viz kapitola 4).

Před nástupem výkonu trestu injekčně si aplikuje drogy větší podíl skotských toxikomanů než anglických. Problémem se ukazuje společné používání stříkaček. Výzkumy ukazují dva důležité aspekty: toxikomané aplikující si drogu injekčně jsou ve skotské vězeňské populaci výrazně zastoupeni, avšak tento způsob aplikace, včetně společného dělení se o stříkačky se zdá být problémem malé, i když významné minority vězňů. Šetření dále ukázalo, že zjištěný obecný pokles injekční aplikace drog mezi vězni je třeba vidět v kontextu povahy této aplikace.

Pro ty, kteří se dělí ve věznicích o stříkačky, je charakteristická aplikace celé šíře drog, a to během výkonu předchozího i současného trestu. Před nástupem posledního trestu jim byl předepsán metadon. Ti, kterým byl ve společenství předepsán metadon, se prokázali pozitivní behaviorální změnou, co se omezení injekční aplikace a dělení o stříkačky týče. S podáváním metadonu se však přestalo ve všech případech po nástupu posledního výkonu trestu. Výjimku tvoří věznice v Saughtonu, kde postupné snižování předepisování opiátů (včetně metadonu) a benzodiazepanů tvoří součást *Drug Reduction Programme*.

Saughton Drug Reduction Programme

Značnou část vězňů v Saughtonu tvoří těžcí toxikomané a z nich je mnoho infikováno virem HIV. Pro ně je určen *Drug Reduction Programme* (DRP); tento program obsahuje potenciál stát se modelem pro vypracování obdobných schémat v jiných britských věznicích.

Saughtonský DRP byl zahájen v edinburghském vězení v březnu 1993. Jeho smyslem je podporovat vězně v tom, aby přestali brát drogy a poskytnout jim praktické rady, co se života bez drog a minimalizace škodlivých následků týče, a to ve výkonu trestu i po návratu vězně do společenství.

Program nabízí celou paletu výchovných a poradenských možností. Vězeňský personál přitom spolupracuje s organizacemi ve společenství; vzájemnou koordinaci zajišťuje *Edinburgh and Lothian Drug Advisory Group* (ELDA).

Zásadní úlohu sehrává vězeňský lékař, jak ve smyslu jeho přínosu obecně, tak proto, že předepisuje náhradní drogy - včetně metadonu - aby vězni pomohl v průběhu odvykací kúry. Základ programu tvoří snížení předpisování náhradní drogy po dobu čtyř týdnů. Opiáty, včetně metadonu a benzodiazepanů jsou předepisovány podle potřeby. Nelze pochopitelně opominout výchovné aspekty a fakt poskytování pomoci a podpory uvězněným toxikomanům, nicméně zdá se, že snižování předepsaných náhradních drog je ten aspekt Programu DRP, který jej činí inovačním. V jiných věznicích existuje takových iniciativ málo.

SLOVENSKO

Rovněž zde se ve smyslu zákonných norem, předpisů a nařízení stala protidrogová léčba neoddelitelnou součástí všech ochranných léčení ve výkonu trestu odnětí svobody. Toto ochranné léčení uložené rozhodnutím soudu se podle trestního řádu vykonává v nápravněvýchovných ústavech Zboru väzenskej a justičnej stráže SR spolu s nepodmíněným trestem. Výkon ochranných léčení v průběhu výkonu trestu odnětí svobody má i na Slovensku, tak jako v ČR, postupný vývoj a nyní již zde hovoří z pohledu téměř třicetiletých zkušeností.

V prosinci 1990 byl na kolégiu ministra spravdnosti SR schválen materiál „Aktuálne problémy výkonu ochranného liečenia v SR,..“ Vycházejí z tohoto materiálu, byl vypracován harmonogram opatření na řešení a odstranění nedostatků při zabezpečení včasného a zákonného výkonu ochranného léčení uloženého soudem. Způsob výkonu ochranného léčení, včetně protidrogového léčení, ustanovuje rozkaz ministra spravdnosti SR č.15/1992 vydaný po dohodě s ministrem zdravotnictví SR a hovoří o psychiatrickém, protidrogovém, protialkoholním a sexuologickém ochranném léčení během výkonu trestu odnětí svobody.

Ke konci roku 1996 se protitoxikomanické léčení provádělo na psychiatrickém oddělení v nemocnici pro obviněné a odsouzené v Trenčíně (spolu s protialkoholním a psychiatrickým léčením - celková kapacita 21 lůžek), na psychiatrickém oddělení Nápravně výchovného ústavu Ilava (spolu s protialkoholním léčením - celková kapacita 30 lůžek) a na psychiatrickém oddělení Ústavu pro výkon vazby Košice - zaměřeno na tvrdé drogy (spolu se sexuologickým léčením - 25 lůžek pro toxikomany). Jen protialkoholní léčení bylo provozováno na psychiatrickém oddělení Nápravně výchovného ústavu v Leopoldově s kapacitou 39 lůžek. Počty přeléčených vězňů se blížily v roce 1998 500 osob.

K výkonu protitoxikomanického léčení byli odsouzení zařazováni, pokud do konce výkonu trestu odnětí svobody zbývá cca 8 měsíců.²⁶

SLOVINSKO

²⁶ Blíže srov. např. Havrlentová, D.: Osobnosť odsúdeného toxikoma, dizertační práce, Bratislava, 1997, 83-94

Národní vězeňská správa postupuje podle jednotné strategie, která spočívá v následujících činnostech:

- výchova a poskytování informací vězňům
- pořádání seminářů a výcviku pro veškerý vězeňský personál
- programy zacházení pro závislé vězně, poradenská služba
- co možná nejtěsnější sepětí s protidrogovými službami v celé společnosti

Ve Slovinsku je zdravotnická péče o vězně součástí národní zdravotnické péče. Vězeňská služba je proto **součástí národního programu protidrogové prevence**.

V roce 1997 soudy vynesly 14 rozsudků ukládajících povinnou léčbu, u 68 vězňů byla zjištěna drogová závislost. Průměrný počet vězňů v roce 1997 byl 763, z nich bylo 268 drogově závislých, tj. 35 % průměrného počtu odsouzených a obviněných. V roce 1997 se 21 závislých vězňů podrobilo metadonové léčbě. Spolu s Ministerstvem zdravotnictví a ostatními experty byly sepsány první pokyny pro práci s drogově závislými osobami, které byly přijaty a schváleny na celostátní úrovni. Mezi nejdůležitější doporučení patří:

- c) Vězni má být poskytnuta stejná zdravotnická péče a pomoc, jakou mají v dané oblasti občané.
- d) Lékař by měl poskytovat pomoc co nejrychleji, v případě krize v důsledku abstinčních příznaků nejpozději do 24 hodin.
- e) Metadonový program je součástí péče o vězně jen v případě, že taková léčba započala již před jeho uvězněním.
- f) Ve věznicích je zavedeno testování přítomnosti drog v těle vězňů.
- g) Testování provádí pouze odborný zdravotnický personál.
- h) Do vězeňského systému jsou v individuálních případech inkorporovány možnosti spolupráce s externími spolupracovníky.
- i) Pracovní skupiny specialistů zabezpečují v součinnosti s Centry pro prevenci a léčbu drogově závislých osob realizaci programů pro drogově závislé vězně.

Programy jsou zaměřeny do tří základních oblastí:

- 3) Zdravotní péče v případě abstinčních krizí.
- 4) Protidrogová prevence ve věznicích a příslušná bezpečnostní opatření.
- 5) Speciální programy zacházení se závislými vězni a jejich vyhodnocení.

V současné době ve věznicích běží programy pro drogově závislé osoby, které se realizují podle:

- počtu vězňů v dané věznici,
- výskytu a rozvoje závislostí ve věznicích,
- demografické struktury vězňů.

Projekt práce s drogově závislými osobami je založen na individuální práci a na skupinové terapii. Každý specialista musí upozornit vězně ústně i písemně na všechny podmínky - zapojení do programu. Motivují pacienty, aby pokračovali v léčbě nejen při výkonu trestu, ale i po něm. Drogově závislí pacienti vykonávají trest odnětí svobody spolu

s ostatními vězni a účastní se všech ostatních aktivit ve věznici, neexistuje speciální oddělení pro drogově závislé osoby.

Velmi důležitá je prevence pronikání drog uvnitř věznice.

SPOLKOVÁ REPUBLIKA NĚMECKO

V Německu se vychází z toho, že léčení není možné realizovat ve věznicích, neboť to vyžaduje dobrovolnou účast vězňů. Existují tam však zařízení, která jsou na poskytnutí protidrogové léčby připravena a vězeňský personál vede odsouzené toxikomany k léčení. Během výkonu trestu je na ně výchovně působeno, aby po propuštění vedli život bez drog. V německém systému však neexistují žádné právní prostředky, které by propuštěné přiměly k ambulantnímu protidrogovému léčení poté, co opustí nápravné zařízení.

Od roku 1982 soud může odsouzeného toxikomana, pokud mu do konce výkonu trestu zbývají ještě maximálně dva roky, poslat na léčení („*therapy instead of penalty*„). Drogově závislí mohou být buď povinně léčeni na psychiatrii nebo na zvláštní detoxikační klinice, jestliže drogová závislost byla prokázána a pokud existuje odůvodněný předpoklad páčání nové trestné činnosti. Léčení trvá maximálně dva roky a může ho být využito pouze jednou. Léčení může předcházet výkonu trestu nebo se provádět v jeho průběhu a také až po jeho výkonu.

ŠPANĚLSKO

Council of Catalonia for Penitentiaries nabízí závislým vězňům následující způsoby léčení:

- Detoxikace pod lékařským dohledem po dobu 9 až 10 dnů
- „Bezdrogový,“ program nabízený detoxikovaným vězňům. Podrobují se mu dobrovolně; podmínkou je drogová abstinence a po určité době omezení kouření cigaret
- Udržovací metadonový program
- Všechny věznice v Katalánsku přidělují metadon, avšak pouze dvě z nich (La Modelo - Barcelona a Brians) mají právo ho předepisovat, což znamená, že vězni nejenom že mohou ve vězení pokračovat v realizaci programu započatého před jejich inkarcerací, ale v některých případech - za splnění určitých kritérií - s ním mohou začít v průběhu výkonu trestu
- Třetí forma programu se nazývá DAE a existuje pouze v *Penitentiary De Quatre Camins*. Jedná se o fungování terapeutické komunity
- Čtvrtý program běží pouze v barcelonské věznici (La MODELO). Jedná se o experimentální program využívající naltrexon a zahrnuje pouze pět vězňů

ŠVÉDSKO

V evropském kontextu je Švédsko známo svou represivní drogovou politikou. Tato politika je jedním z hlavních vysvětlení mnoha změn vězeňských podmínek a vězeňské politiky, ke kterým zde dochází od počátku 80. let. Roste počet osob odsouzených za drogové

delikty k nepodmíněným trestům; zvyšuje se délka těchto trestů a dochází ke zpřísnění různých aspektů vězeňského režimu. Kupříkladu v roce 1997 si 35% vězňů odpykávalo trest za drogový delikt (včetně případů, kdy tento delikt nebyl hlavním trestným činem); 45% všech vězňů mělo zkušenost s drogou. Frekvence drogové závislosti roste v závislosti na délce odpykávaného trestu. 55% vězňů odsouzených k nepodmíněnému trestu v trvání dvou měsíců a více je považováno za uživatele drog; dvě třetiny z nich jsou ve věku 30 let nebo starších.

Jedním z hlavních cílů penitenciární politiky je oprostít vězení od drog. Užívání drog je poměrně ojedinělým jevem ve věznicích kategorie I (s přísným režimem a zvýšenou ostrahou); ve věznicích s mírnějšími bezpečnostními opatřeními užívání drog roste. Pravidelně jsou prováděny zkoušky moči; cely jsou prohledávány i za použití speciálně vycvičených psů, zda v nich nejsou ukryty drogy. Mezi jiná opatření usilující o eliminaci užívání drog ve věznicích patří prohledávání osobní pošty a návštěvníků. Vězeňská služba také spolupracuje s organizacemi ve společnosti s cílem identifikovat a kontaktovat uživatele drog, a motivovat je k tomu, aby vyhledali léčení.

Zákon od vězeňského systému nepožaduje, aby v jeho rámci byly poskytovány komplexní programy protidrogového léčení. Vězeňský systém spíše spolupracuje s ostatními agenturami a soukromými organizacemi v souvislosti s organizováním a poskytováním těchto programů. K 1.říjnu 1997 bylo celkem 573 vězeňských lůžek vyhrazeno speciálně pro léčení toxikomanů. V některých věznicích existují méně strukturované programy. Ve všech věznicích se 45 % všech vězňů považovaných za toxikomany zapojilo do nějaké formy antidrogových programů. Přibližně 130 vězňů bylo umístěno do protidrogových zařízení vně vězení.

V řadě věznic jsou zřizovány speciální tzv. „bezdrogové„ sektory. Jedná se o zvláštní sektory uvnitř věznice, které jsou oficiálně označeny jako zcela bezdrogové. Vězni mohou požádat o umístění do těchto sektorů pouze poté, když podepíší kontrakt, kterým potvrzují, že si přejí vzdát se drog. Musí se dobrovolně zapojit do skupinové terapie a dalších aktivit (např. sportovních), denně odevzdat moč a strpět denní monitorování v souvislosti se zneužíváním drog. Práce s odsouzenými toxikomany probíhá podle speciálních léčebných a nápravných programů, které jim mají napomoci realizovat stanovené cíle.

Pobyt ve vězení pro drogově závislé je ve Švédsku (podobně jako v Nizozemí) většinou poměrně krátký. V některých věznicích byly vytvořeny speciální léčebné buňky určené pro odsouzené k delším trestům. Jeden z nejstarších takových programů „*Osteraker*„ ve Stockholmu funguje od roku 1978. Počítá s pěti buňkami pro celkem 60 osob a dalšími patnácti místy pro přípravu na přestup do polootevřené věznice v Bogesundu. Vězni, kteří podepíší dohodu, že s léčbou souhlasí, zde stráví alespoň 8 měsíců. S každým vězňem umístěným v této speciální buňce je vypracován individuální plán léčení a denně se podrobuje testům moče. Po 8 - 24 měsících je odsouzený připraven na přestup do polootevřeného vězení s možností léčebného programu mimo vězení nebo „rodinného projektu„. Kromě „*drug - free units*„ (*sectors*) mohou být závislí vězni, kteří se chtějí oprostít drog, umístěni do tzv. *motivation wing*, tj. oddělení, jehož pracovníci se snaží motivovat tyto vězně k léčení.

Ve Švédsku též byly zřízeny speciální cely pro ty, kteří nechtějí přijít do styku s toxikomany. Menší buňky jsou pokusně zavedeny pro zatvrzelé toxikomany, kteří nejsou ochotni ke kontaktu, s cílem motivovat je k léčení. Postupně se též zavádí školení vězeňského personálu. Externisté jsou přizváváni jako poradci a též pro speciální aktivity s toxikomany, jako je skupinová terapie a motivace.

ŠVÝCARSKO

Vězeňská správa zde zřídila tzv. *National Consultative Groups* (Celostátní konzultativní skupiny) sestávající ze zástupců zdravotnických agentur a orgánů prosazování práva. Jejich cílem je zabezpečit, aby „4 pilíře švýcarského modelu přístupu k užívání drog,²⁷ byly přiměřeně realizovány. Tyto čtyři pilíře se v hlavních rysech podobají rysům charakteristickým pro protidrogovou strategii uplatňovanou v Anglii a Walesu: vynutitelnost práva, vzdělávání v oblasti prevence, zacházení s toxikomany a omezování škodlivých následků.

USA

System trestního práva v Americe je zcela odlišný od zemí západní Evropy. Jeho pozice ve společnosti je mnohem vyšší, stejně tak jako důraz na drogový problém. Užívání drog pachatelů trestné činnosti i zde rapidně roste; kupř. v roce 1997 více než 83% vězňů ve státních a 79% vězňů ve federálních věznicích bralo drogy (v roce 1991 to bylo 60% ve federálních a 79% ve státních věznicích).

System trestní justice nebyl na tuto situaci náležitě připraven. Pro pachatele ve společenství i ve vězení bylo k dispozici jen málo programů zacházení. Ti byli buď odsouzeni k nepodmíněnému trestu nebo byl vydán probační příkaz. Alternativní tresty se zdály být ideálním řešením případů mladých, nenásilných pachatelů a drogově závislých pachatelů. Někteří odborníci i veřejnost se však domnívali, že tyto tresty nejsou dostatečně přísné, a proto řada soudců preferovala krátkodobé tresty, které by byly dostatečně přísné a které by zároveň pachatelům, jež mají zájem o nápravu, daly šanci získat různé dovednosti a motivovaly je k řádnému způsobu života, bez porušování zákonů.

Nadto, veřejnost byla přesvědčena o tom, že pachatelům by se mělo dostat adekvátního zacházení a většina obyvatel byla přesvědčena, že uvěznění by mělo být využito spíše k léčení než trestání; občané také byli přesvědčeni, že spíše než trestání pachatelů za užívání drog by ke snížení užívání drog více přispěly programy zacházení se závislými vězni.

Přístup k zacházení se závislými vězni významně ovlivnila teorie „nic nepůsobí,, (*nothing works*). Tato teorie je hlavním závěrem výzkumu zahájeného v roce 1966, kdy si Zvláštní výbor guvernéra státu New York objednal studii, která by zjistila, jaké metody slibují největší úspěchy při nápravě odsouzených pachatelů. Na základě této expertízy měly být zpracovány výchovné a nápravné programy ve státním justičním systému. V rámci studie byly analyzovány stovky nápravných metod publikovaných v odborné literatuře v letech 1945 - 67. Ze studie vyplynul názor jednoho z realizátorů šetření R. Martinsona - „nepůsobí nic,, (článek otištěn v roce 1975). Ostatně tento názor byl publikován již před ním jinými autory. Senzaci však vzbudil Martinsonův článek, v němž byla uvedena jeho teorie, proto, že byl otištěn ve známém časopise a zaujal pozornost sdělovacích prostředků v době, kdy se hledala odpověď na strach z pouliční kriminality. Tím Martinson otevřel cestu k oživení zájmu o izolační a retributivní cíle systému trestní justice. Teorie „nic nepůsobí,, po určitou dobu měla velký dopad na rozvoj programů zacházení s pachatelů. Na druhé straně, ve vězeňských a vědeckých kruzích článek vyvolal negativní ohlas kvůli zkreslování údajů, zkreslování skutečností a přílišnou generalizaci.

Koncem 80. let byla ve státních věznicích inkarcerována asi třetina pachatelů pro drogové delikty. Souvisí to mj. s počátkem užívání drogy „crack,, v polovině 80. let. Statistiky

²⁷ Gino Vumbaca: *Finding a Better Way*. The Winston Churchill Memorial Trust of Australia, Sydney 1998.

ukazují rostoucí podíl vězňů, kteří se ve věznicích podrobují různým programům v rámci protidrogového léčení. Zatímco v roce 1979 tomu tak bylo pouze ve 4% případů, v roce 1991 jejich podíl vzrostl ve státních věznicích na 13,5% a ve federálních věznicích na 7%. Tyto programy mají různou podobu a tudíž i míra jejich účinnosti se liší. Jednou z perspektivních forem se jeví tzv. *Therapeutic Community* (TC) (terapeutická komunita), která tvoří hlavní metodu léčení. Vychází z tradice svépomoci. Původní „*therapeutic community*„ byla kalifornská Synanon, která těžila ze zkušeností psychoterapie a konceptu činnosti *Alcoholics Anonymous* (Anonymní alkoholici). Tento program byl původně určen uživatelům heroínu a svým dosahem se dotýká nejenom užívání drog jako takového, ale i souvisejících problémů. Co odlišuje tento přístup od ostatních je „komunita„ nebo skupina jako primární pomocník změny postojů drogově závislých odsouzených.

Pobytem v komunitě jsou její obyvatelé izolováni od zbytku vězeňské populace i od drog, násilí či vlivu vězeňské subkultury. Důraz je zde kladen na to, že v souvislosti s drogovou závislostí je problémem osoba a ne droga, a proto je třeba dosáhnout změny negativního modelu chování, citění a myšlení, které vytvářejí predispozice k užívání drogy. Konečným cílem je drogová abstinence (blíže k činnosti terapeutických komunit viz kapitola 2: „Velká Británie„, protože způsob fungování amerických TK spočívá na podobných principech).

V roce 1987 přijalo 12 států program *REFORM*, následován o 4 roky později programem *RECOVERY*. Tyto programy položily základ účinného protidrogového léčení ve věznicích. V New Yorku byl zahájen program *Stay'n Out Prison* opírající se o základní aspekty činnosti terapeutické komunity. Výzkum ukázal, že úspěšnost programu (snížení kriminality a užívání drog, a vyšší zaměstnanost) souvisela s délkou doby trvání léčení. Z toho důvodu se vyhodnocení programu, které proběhlo v roce 1984, snažilo zaměřit na jeho účinnost a testovalo hypotézu „dédky doby trvání léčení„. Očekávalo se, že vězeňské prostředí, v němž vězni zůstávají relativně dlouhou dobu, povede k nižší míře „odstoupení„ od léčení než v případě realizace TC ve společenství. *Staying Out Program* napomohl ke snížení recidivy u mužů i žen. Hlavní závěr provedeného vyhodnocení spočíval v tom, že „tvrdé jádro„ toxikomanů, kteří jsou ve věznicích zapojeni do *Therapeutic Community* déle, bude v léčení pravděpodobně účinnější než ti, kteří léčbu ukončí dříve; dále, s rostoucí délkou doby zapojení do programu klesá míra recidivy. Vězni podrobující se léčení déle si také vedou lépe při propuštění na paroli než ti, kteří v něm setrvávají kratší dobu. Obdobné programy jako v New Yorku byly dále realizovány např. v Oregonu (*Oregon State Hospital's Cornerstone Program*), v Kalifornii ve věznicí Amity nebo v Delaware, a to s obdobnými výsledky.

Ženy pachatelky tvoří nejrychleji rostoucí segment odsouzených osob na místní, státní i federální úrovni. Mnoho uvězněných žen vykazuje pozitivní testy moči na jednu nebo více drog, a v mnoha případech spáchaných trestných činů se jedná o drogové delikty nebo delikty s nimi spojené. Převážná část empirických poznatků naznačuje, že protidrogové léčení žen je účinné a to i v případech, kdy ženy jsou k léčení nuceny - před uložením trestu nebo jako jedna z podmínek probace či parole. Nicméně, jen malá část závislých odsouzených žen je léčena v nápravných zařízeních (asi 10%) a jen malý podíl těch, které by mohly těžit z léčení, jsou k němu vedeny před jejich odsouzením namísto uvěznění (jako podmínka probace nebo parole).

V klimatu růstu vězeňské populace, včetně závislých vězňů se vysoce populárním stala šoková inkarcerace (*shock incarceration*) neboli tzv. „tábory nováčků„ (*boot camps*). Se šokovými programy se začalo v roce 1983 v Georgii a Oklahomě, a jejich myšlenka se rychle rozšířila i do dalších jurisdikcí. V roce 1992 již ve 25 státech a *Federal Bureau of Prisons* (FBOP) fungovaly programy pro dospělé pachatele a doplňkové programy byly vypracovány pro mladistvé vězně a pro vězně místních věznic a šatlav. Šoková vazba je tří až šestiměsíční

cvičení vojenského drilu, léčby drogových návyků, tělesných cvičení, těžké práce a vzdělávání. Za to se vězňům odečte několik let z věznova trestu. Záměrem těchto programů je „šokovat„ mladé vězně natolik, aby je to odradilo od páchání trestné činnosti v budoucnosti tím, že se do jejich bezcílných životů zavede tuhý režim a pořádek. Zatímco v počátcích své existence šokové programy kladly důraz na jejich strukturální a disciplinární aspekty, s rozvojem nových programů jsou do denního rozvrhu aktivit vtěleny více terapeutické a léčebné aspekty. (Blíže viz přílohu „Vyhodnocení některých výzkumů k problematice drogově závislých vězňů,,).

Pokusíme - li se o zobecnění aplikovaných přístupů v jednotlivých amerických programech, vysledujeme, že:

Farmakologické přístupy jsou aplikovány zejména vůči uživatelům opiátů. Prvořadě se jedná o využívání metadonu náhražkou za drogu s tím, že podávané dávky se postupně snižují.

Psychovýchovné přístupy jsou často aplikovány vůči vězňům odpykávajícím si krátkodobé tresty. Vycházejí z premisy, že zneužívání drog je výslednicí řady biopsychosociálních faktorů (např. individuální predispozice nebo individuální rizikové faktory). Psychovýchovné přístupy pomáhají závislým vězňům rozvíjet jejich individualizované reakce na společné problémy prostřednictvím nácviku či sehrávání různých rolí, nebo prostřednictvím vypracovávání „domácích,, úkolů, které často využívají sebepozorovací dovednosti.

Mezi léčebné intervence patří:

- detoxikace
- zkoušky moči
- posuzování osoby závislého vězně
- výchova v oblasti drog
- výchova a prevence AIDS
- nácvik životních dovedností
- výcvik týkající se zaměstnání či vzdělání
- skupinové poradenství
- individuální poradenství
- rodinné poradenství
- psychiatrické služby
- prevence recidivy
- svépomocné skupiny
- postpenitenciární služby

Veškerým existujícím programům protidrogového léčení se závislí vězni podrobují zásadně dobrovolně. Existují tři kritéria směrodatná pro eventuální léčení:

2) soudce ho odsouzenému doporučil

- 3) poslední spáchaný trestný čin souvisel se zneužíváním drog
- 4) odsouzený byl znovu uvězněn kvůli porušení podmínek dohledu, které souviselo se zneužíváním drog .

Obecně podle typu programu je lze rozlišit na následující:

Drug Abuse Education

Jedná se o výchovný program trvající 40 hodin. Jeho cílem je připravit vězně na intenzivnější léčení.

Nonresidential Drug Abuse Treatment

Je určeno závislým vězňům, kteří nejsou ochotni se podrobit ústavnímu léčení nebo tak pro krátkost dosud neodpykaného trestu učinit nemohou. Těmto vězňům jsou poskytovány služby podobné těm ve společenství; jejich základ tvoří psychologické služby. Do tohoto programu se zapojují také ti, kteří čekají na rezidenční léčení. Po dobu nerezidenčního léčení jeho klienti žijí společně s ostatními vězni. Léčba pokračuje i po jejich propuštění.

Residential Drug Abuse Treatment

Tento typ protidrogového léčení byl nabízen ve třiceti věznicích spravovaných úřadem *Bureau of Prison* (k roku 1993 - pozn. autorky). Dvacet sedm z třiceti programů je založeno na „komplexním„ modelu; jde o devítiměsíční program poskytující 500 hodin léčení; na jednoho vězeňského pracovníka připadá 24 vězňů. Zbývající tři programy (v FMC Lexington, Kentucky; FMC Butner, Severní Karolína a FCI Tallahassee, Florida) probíhají na experimentální bázi. Trvají 12 měsíců s celkovým počtem 1 000 hodin; na jednoho vězeňského pracovníka připadá 12 vězňů. Oba dva typy programů sestávají ze tří fází:

- orientace a vyhodnocení osobnosti a potřeb vězně
- komponenty léčení (terapie a poradenství)
- „přechodné služby„ (postpenitenciární péče nebo přechodné služby; vězni jsou propuštěni do nápravných zařízení ve společenství nebo se dostávají do péče Probačního úřadu a podrobují se dohledu z jeho strany). Obě instituce dostávají zprávu o propuštěném a doporučení zpracovaná vězeňským personálem. Vězni jsou povinni splnit veškeré požadavky ve společenství na ně kladené (např. povinné zkoušky moči, nalezení si zaměstnání), jinak riskují opětovný návrat do výkonu trestu.

Jednotlivé programy protidrogového léčení realizované v amerických věznicích se liší kromě přístupu k závislým vězňům i rozsahem poskytovaných služeb. Obvykle se kombinuje několik přístupů.

VELKÁ BRITÁNIE

Problematika zacházení se závislými vězni a jejich kontrola je v britských věznicích stále velmi aktuální.

Výzkumy na toto téma realizované ve Velké Británii naznačují, že asi třetina lidí mezi 16. a 30. rokem věku někdy v životě užívala zakázané drogy. Na druhé straně si je však třeba uvědomit, že těch, které lze označit za „problémové uživatele drog„ je menšina, častěji jde o tzv. „recreational„ užívání drog, které se nestává problematickým. *Advisory Council on the Misuse of Drugs* (ACMD) definoval „problémového toxikomana„ jako toho, kdo: „má sociální, psychologické, fyzické nebo právní problémy v souvislosti s 1) intoxikací nebo 2) pravidelnou rozsáhlou konzumací nebo 3) závislostí následkem užívání drog nebo chemických látek. S vypořádaním se rizik HIV/AIDS poradní výbor ACMD rozšířil tuto definici tak, aby zahrnovala rovněž každého, kdo se dělí o injekční vybavení„⁵

Užívání společných injekčních stříkaček je Velké Británii značným problémem, tato praxe pokračuje i ve věznicích, přičemž vězni nemají přístup k čistým jehlám.

⁵ *Advisory Council on the Misuse of Drugs: Drug Misusers and the Prison System - An Integrated Approach*, HMSO, London 1996.

Téměř 13% pachatelů odsouzených k nepodmíněnému trestu je uvězněno za drogové delikty. Ne všichni tito pachatelé užívají drogy sami; výzkumy naznačují, že z těchto pachatelů 24% žen a 12% mužů byli před svým uvězněním závislí na drogách. Woolfova zpráva konstatovala, že obecně asi 20% odsouzených dospělých mužů lze diagnostikovat jako závislé na drogách nebo drogy zneužívající, spolu se 16% odsouzených mladistvých chlapců a 29% odsouzených dospělých žen.

S vypracováním konceptů a realizací programů zaměřených na snižování škodlivých následků abúzu drog se ve Velké Británii začalo koncem 80. let. Tento přístup byl obecně důsledkem reakce na velký výskyt viru HIV a růstem počtu uvězněných pro drogové delikty (2 450 takových trestných činů v roce 1994; 5 650 v roce 1995 a již 21 000 v následujícím roce). Následkem spáchání těchto deliktů si vězeň odpykal v průměru 14 dní navíc, protože jeho zkouška moči byla pozitivní. Zmíněný přístup zaměřený na omezování škodlivých následků konzumace drog a prosazování behaviorálních změn žádoucím směrem byl také odrazem rostoucí nespokojenosti s existujícími prohibicionistickými a abstinenčními přístupy.

Základním prvkem rozvoje britské drogové politiky koncem 80.let bylo postupné zavádění široce založeného přístupu ve společenství, který zahrnoval drogové služby poskytované ve spolupráci s policií, lékaři, sociálními pracovníky a vychovateli. Vězení však byla kritizována jako „rozevírající se propast... v této rozšiřující se síti služeb„.⁶

Protože mnohé z pronesené kritiky úrovně a kvality poskytování drogových služeb v britských věznicích lze považovat za odůvodněné, britští odborníci zároveň poukazovali na nutnost zjistit faktory, které brzdí rozvoj poskytování těchto služeb ve věznicích. Mezi klíčové faktory v tomto směru lze považovat nátlak, pod kterým vězeňské zdravotnické služby fungují, dopad politiky ukládání trestů na vězeňskou populaci a přeplněnost věznic. Pro rozvíjení a uskutečňování drogové politiky je podstatné pochopit realitu zdejšího života a úlohu věznic ve společnosti. Je tudíž rozhodující, aby vězení, soudnictví a veřejné zdravotnické organizace spolupracovaly při adresování těchto problémů.

V dubnu 1995 byl přijat strategický dokument „*Drug Misuse in Prisons*„ (Zneužívání drog ve věznicích), který poskytl rámec činnosti Vězeňské služby v oblasti práce s odsouzenými toxikomany. Na základě tohoto dokumentu evidentně došlo k pokroku, co se snižování výskytu zneužívání drog ve věznicích týče. Tato strategie potvrdila, že vězení může představovat účinné prostředí intervence v souvislosti s řešením problémů toxikomanů. Po vyhodnocení pozitivních i negativních zkušeností s touto strategií byla vládou zpracována desetiletá celostátní strategie „*Tackling Drugs to Build a Better Britain*„ (Cm 3945) („Boj s drogami v zájmu vybudování lepší Británie„). Tato strategie si vytyčuje čtyři hlavní cíle:

- I. „Pomáhat mladým lidem odolávat zneužívání drog, s cílem dosáhnout plného využití jejich potenciálu ve společnosti„

Průměrný věk odsouzených toxikomanů ve Velké Británii je 23 let. Z toho důvodu je zapotřebí věnovat těmto mladým vězňům zvýšenou pozornost a ve věznicích vytvořit takové prostředí, které jim pomůže oprostít se od drog. Je vyvíjena snaha zajišťovat potřeby mladších vězňů odděleně.

⁶ Farrell,M.-Strang,J.: Drugs, HIV, and prisons: time to rethink current policy. British Medical Journal, 302/1991, s.1477-převzato z Shewn, David-Macpherson Sandy-Reid, Margaret,M.-Davies,John,B.: Evaluation of the Sanghton Drug Reduction Programme. Scottish Prison Service 1994, 136 s.)

II. „Ochránit naše společenství od protispolečenského a kriminálního chování souvisejícího s užíváním drog.“

Součástí této ochrany jsou mimo jiné intervence, k nimž dochází ve věznicích, coby počátek dlouhodobější změny; tím dojde i k ochraně společenství, kam se vězni vrací. Tyto intervence jsou podrobovány zkoumáním a jejich přínos je pravidelně hodnocen.

III. „Umožnit lidem s drogovými problémy je překonat a vést plnohodnotný život, v němž nemá místo páčání kriminality.“

Vězňům je umožněno dobrovolné testování moči, včetně lepšího informování o této možnosti. Dochází ke zkvalitnění reakce na identifikované potřeby odsouzených toxikomanů. Jsou navrhovány účinné strategie, které by pomohly odsouzeným ke krátkodobým trestům a obviněným ve vyšetřovací vazbě. Zlepšuje se spolupráce s protidrogovými koordinátory a dalšími agenturami s cílem vypracovat standardy účinné praxe.

IV. „Potlačit dostupnost ilegálních drog na našich ulicích.“

Snížení úrovně zneužívání drog se stává jednou ze sedmi priorit Korporativního plánu Vězeňské služby (*Prison Service's Corporate Plan*). Omezení užívání drog má být dosaženo prostřednictvím místních drogových strategií, které se zaměřují na tři oblasti:

- omezení dodávky drog do věznic
- omezení poptávky po drogách ve věznicích a náprava uživatelů drog
- opatření usilující o omezování škodlivých následků abúzu na zdraví vězňů, personálu a širšího společenství

Za realizaci každé ze tří zmíněných komponent nesou odpovědnost zástupci všech oddělení ve věznicích. Plnění strategie by mělo být z důvodu motivace úzce spjato s odměnami a poskytováním výhod pro závislé vězně.

V roce 1995 byla ve Velké Británii zahájena první fáze centrálně financovaných a koordinovaných programů. Do této fáze bylo zahrnuto celkem 22 vězeňských zařízení. Následující rok byly zavedeny nové programy v dalších třiceti zařízeních. V závislosti na typu programu zacházení s odsouzenými toxikomany trvají 6 - 18 měsíců.

Tabulka č.2: Terapeutické programy - první vlna (1995/6)

ZARÍZENÍ	PROGRAM
Bristol	Detoxikační jednotka Prevence recidivy Dobrovolná testovací jednotka
Hohne House Channings Wood Portland	Terapeutické komunity (<i>Phoenix House Model</i>)
Downview	Rehabilitace na základě modelu „12 kroků„
Hindley	Vychovatel nebo poradce
Holloway	Nápravná jednotka Detoxikační jednotka
Leicester Stocken Ashwell	Analýza potřeb
Pentoville	Vylepšený model „12 kroků„
Swaleside	Tříměsíční léčení
Swansea	Detoxikace + podpora
Wayland	Tříměsíční léčení
Yorkshire kluster (8)	Poradenství

Programy aplikované ve věznicích jsou různé intenzity a postihují různé typy zneužívání drog:

- krátkodobé (tříměsíční) výchovné programy využívají podpory svépomocných skupin; jsou určeny těm, kteří neužívají drogy tak intenzivně
- programy určené ostatním odsouzeným toxikomanům; jde zejména o poskytování intenzivních konzultativních a výchovných služeb
- programy zacházení určené pachatelům odpykávajícím si trest odnětí svobody v trvání šesti měsíců a více, v jejichž rámci jsou poskytovány různé intenzivní způsoby zacházení a pokračující péče, v návaznosti na podobné služby ve společenství
- terapeutické komunity pro jednotlivce, jimž byl uložen trest v trvání osmnácti měsíců a více, kteří trpí silnou drogovou závislostí

Můžeme odlišit šest různých metod zacházení:

2. detoxikační jednotky

3. terapeutické komunity
4. jednotky určené k dobrovolnému provádění zkoušek moči
5. programy „postupných dvanácti kroků,,
6. rezidenční jednotky zacházení
7. poradenství a výchovné služby.

Programy usilující o to, aby se vězni zcela vážně pokusili skoncovat s drogami, jsou ve Velké Británii relativně nové (intenzivní nápravný program byl ve Spojeném království zahájen v roce 1992 a i v současnosti jich běží málo).

Práce s odsouzenými toxikomany je týmová a v týmu jsou zástupci personálu zajišťujícího ochranu, disciplinárního personálu, personálu zajišťujícího probaci, zdravotního personálu, kaplan, psycholog a zástupce agentur ve společenství (ty vězňům zajišťují poradenské služby).

Většina programů vychází z činnosti terapeutické komunity. Na rozdíl od tradičního modelu protidrogového léčení si členové terapeutické komunity pomáhají navzájem. Znamená to tedy, že chod komunit v podstatě zajišťují jejich obyvatelé sami, pod dohledem vězeňského personálu a v souladu s existujícím plánem (k jejich činnosti viz dále).

S ohledem na to, že jednotlivá vězeňská zařízení nemohou poskytovat všechny terapeutické služby, výjimkou není transfer vězňů, aby jim mohl být poskytnut potřebný program.

Vězňům, kteří si to vyžadují, je v odůvodněných případech podáván metadon. V každém obytném křídle věznice pracuje tzv. *Drug Liaison Officer* (styčný důstojník), který je školen v oblasti drogové problematiky a jehož úkolem je vězňům poskytovat rady, co se zneužívání drog týče. Je rovněž v pravidelném styku s agenturami zabývajícími se ve společenství drogami, jakožto součást průběžné péče o toxikomany.

Therapeutic Community (TC)

Po přijetí do komunity vězeň začíná na „spodku strukturální pyramidy,, plní různé úkoly a tak se postupně pohybuje směrem vzhůru. Počáteční úkoly nevyžadují od vězně tolik odpovědnosti, má však nízké postavení a dostává se mu poměrně málo odměn. Postupně úkoly nabývají na závažnosti, klientu se dostávají nové dovednosti, roste jeho odpovědnost a tím i jeho postavení a prestiž.

Cílem terapeutické komunity je snížit užívání drog jejími obyvateli, zkvalitnit jejich sociální fungování a zvýšit možnost získat po propuštění zaměstnání. Dalšími cíli je:

- poskytnutí vysoce strukturovaného programu založeného na svépomoci a nástrojích skupinové terapie (individuální, skupinové a rodinné poradenství; úkoly v oblasti zaměstnání, vzdělávání o škodlivosti zneužívání drog, prevence recidivy; získání dovedností)
- snížení pozitivních testů moči
- urychlení vypracovávání konceptů „bezáhonného života,, klienta

Cíle sledované rezidenty komunity lze spatřovat v :

- dosažení života bez drog, který zahrnuje stálé zaměstnání, pozitivní vztahy a nepáchání trestné činnosti
- rozvíjení individualizovaných plánů zacházení s realistickými a prosociálními cíli
- dosažení sebeúcty prostřednictvím práce a terapeutických zkušeností
- dosažení dovedností, ev. zvýšení si úrovně vzdělání nebo kvalifikace, což usnadní nalezení si stálého zaměstnání a dosažení soběstačnosti
- učení se komunikačním dovednostem s cílem navazovat v budoucnosti pozitivní vztahy, zejména s rodinnými příslušníky.

Zacházení v terapeutické komunitě probíhá ve třech stádiích:

Stadium I - Orientace

Tato fáze netrvá déle než 60 dní. Klient zde pochopí základní koncept a zásady činnosti komunity. Uvědomí si také, co mu může TC nabídnout a co od ní očekávat. Vězni začínají internalizovat pozitivní postoje, chování a hodnoty. Před ukončením tohoto stádia je testována rezidentova znalost terapeutické komunity, schopnost aplikovat nabyté znalosti a jeho odpovědnost změnit své návyky.

Stadium II - Základní zacházení

Jedná se o hlavní fázi zacházení, která trvá přibližně 40 % celé doby trvání pobytu v terapeutické komunitě. Prvotní důraz je kladen na sociální učení a klienti jsou plně zapojeni do její činnosti. V této fázi se klade důraz na hodnoty řádného způsobu života a posilují se schopnosti vězně nezávisle se rozhodovat. Metody zacházení zahrnují rozmanité aktivity, jako kupř. konfrontace s vrstevníky, didaktická sezení, týdenní semináře, „otevření sebe sama“, či individuální sezení. Na těchto sezeních s vězeňskými pracovníky se vyhodnocuje pokrok dosažený při realizaci programu a naplňování stanovených cílů. Jednou měsíčně se sepíše o klientovi zpráva, která podchycuje jeho chování, dosahování cílů, kvalitu vykonávané práce a zapojení se do práce komunity.

Stadium III - Návrat

Toto stadium trvá asi 35% doby trvání pobytu vězně v TC a připravuje ho na ukončení zacházení a, kde to přichází v úvahu, na jeho propuštění do společnosti. Častěji jsou do terapeutické komunity zváni rodinní příslušníci, aby se učili interakci s účastníkem programu. Rezident se dostává poučení o rozvoji podpůrných sítí s vrstevníky a o tom, jak získat v případě potřeby pomoc (např., jak se zapojit do terapeutické komunity ve společnosti po propuštění na svobodu).

Dále je finalizován plán prevence recidivy, který zahrnuje nácvik dovedností souvisejících se zaměstnáním a zlepšení interpersonálních vztahů vně terapeutické komunity. Vězeňský probační úředník v této části realizace programu zacházení spolupracuje

s probačním úředníkem v místě bydliště vězně s cílem vypracovat plán zacházení po propuštění.

Pravděpodobně nejdůležitějším terapeutickým mechanismem jsou *peer groups* (skupina vrstevníků). Tato skupina se zaměřuje na aktivity provozované zde a nyní, ve snaze pomoci klientovi pochopit své jednání, jeho dopady a povzbuzovat ho ke změně chování v budoucnosti.

Úspěšnosti práce komunity rovněž napomáhá to, že personál, který se do její práce zapojuje, je pro tuto činnost speciálně vyškolen. Kromě běžného vězeňského personálu je v každé TC zaměstnáván programový manažer a poradce.

Koncem roku 1997 fungovaly terapeutické komunity ve třech anglických věznicích (*Channings Wood* - kategorie C - 84 lůžek); *Portland Young Offenders Institution* (zařízení pro mladistvé - 77 lůžek); a *Holme House* (obě kategorie B - 65 lůžek).

Na základě *Crime and Disorder Act* z roku 1998 byl ve třech oblastech (Croydon, Gloucestershire a Liverpool) experimentálně zaveden příkaz *Drug Treatment and Testing Order*. Je určen pachatelům, kteří spáchali trestný čin po 1.10.1998. Vznikl jako reakce na stále patrnější vztah mezi užíváním drog a páchaním trestné činnosti ze zjištěných důvodů. Příkaz lze uložit šestnáctiletým pachatelům nebo starším, a to na dobu od šesti měsíců do tří let. Je zaměřen na silné závislé osoby s cílem snížit rozsah trestných činů, které páší proto, aby získali finanční prostředky na drogy. K vydání příkazu musí obžalovaný udělit svůj souhlas. Při vydání příkazu soud musí stanovit, že:

- pachatel se podrobuje léčbě jakožto součást nebo ve spojení s trestem vykonávaným ve společenství
- pachatel se pravidelně podrobí zkouškám moči
- soud bude pravidelně zjišťovat dosažený pokrok

Program *Mandatory Drug Testing* (MDT) (Povinné testování na přítomnost drog) byl zaveden jako celková reakce na problematiku zneužívání drog ve vězeňském prostředí; zahrnuje různé politiky zaměřené na snižování poptávky po drogách a na omezování dodávek do věznic. Velká Británie je jedinou zemí s povinným testováním. To je prováděno i ve vazebních věznicích. Právní bázi pro provádění povinných zkoušek moči tvoří *Criminal Justice and Public Order Act*, který vězeňské pracovníky opravňuje vyžadovat od vězně poskytnutí vzorku moči.

Povinné testování významně zvyšuje počet vypátraných případů zneužívání drog ve věznicích; tím se posílá vězňům „vzkaz,, že budou - li nadále ve věznicích zneužívat drogy, vystavují se nyní většímu riziku dopadení a potrestání. Povinné zkoušky moči poskytují přesnější a objektivní informace o škále a vzorcích zneužívání drog, což vězeňskému personálu napomáhá účinněji investovat finanční prostředky určené na řešení drogových problémů. Testování pomáhá indentifikovat ty vězně, kteří potřebují pomoc v souvislosti s řešením drogových problémů, a lze jim tak snáze nabídnout některý z programů zacházení, pokud o něho projeví zájem. Pomoc se může pohybovat od poskytování informací o škodlivosti drog až po detoxikační programy určené těm, kteří se potýkají se závažnými problémy.

První fáze realizace programu povinného testování moči byla odstartována v osmi věznicích v polovině ledna 1995 a od března 1996 běží ve všech věznicích Anglie a Walesu. Měsíčně je provedeno asi 5 000 standardizovaných testů na výskyt konopí, kokainu, heroinu, LSD, benzodiazepanů (např. valia) opiátů, barbiturátů, amfetaminů a jiných drog (zahrnuje

cca 10 % vězeňské populace). Za pozitivní test lze uložit až 42 tzv. *additional days* (dny navíc k trestu) - v průměru je to 28 dnů. Přistíženým lze omezit vycházky, nemohou je navštěvovat rodinní příslušníci nebo jim mohou být dočasně odňaty přiznané výhody.

V roce 1998 *Oxford Centre for Criminological Research* na základě zadání *Home Office* vyhodnotil dopad tohoto programu na rozsah a povahu zneužívání drog v pěti vězeňských zařízeních. Z něho vyplynulo zejména, že:

- ze 148 dotázaných vězňů 37 osob ve věznici drogy neužívalo ;
- více než polovina ze zbývajících 111 vězňů uvedla, že zvýšené riziko vypátrání a sankcionování užívání drog - díky povinnému testování - mělo dopad na jejich zneužívání drog v tom smyslu, že:
 - třicet ze zmíněných 111 vězňů zcela skončilo s tímto návykem
 - sedmnáct omezilo jejich konzumaci
 - sedm konstatovalo změnu svého vzorce konzumace v tom smyslu, že užívalo méně konopí, ale pokračovalo s užíváním heroinu
 - čtyři uvedli, že následkem programu MDT omezili konzumaci konopí, avšak poprvé okusili heroin
 - téměř polovina (53) připustila, že svou konzumaci drog nezměnila.

O dostupnosti drog ve věznicích svědčí skutečnost, že tři ze čtyř respondentů doznalo kouření konopí ve vězení. To spolu s heroinem je ve výkonu trestu nejoblíbenější drogou. 57% dotázaných je přesvědčeno, že MDT podporuje vězně k přechodu od konopí na heroin, protože ten je testy hůře rozpoznatelný.

Změna vzorců užívání drog v důsledku provádění povinného testování byla způsobena několika faktory:

- vnímání rizika být přistižen a potrestán
- snaha změnit svůj postoj
- míra, do jaké respondenti považovali MDT za spravedlivé a úměrné vůči jejich problému

Ze šetření vyplynul zejména závěr, že vězni považují potrestání za užívání konopí ve vězení za disproporčně přísnou reakci na chování, které nepovažují za tolik škodlivé. Poukazovali přitom na beztrestnost kouření konopí na svobodě. Jiný náhled však měli na užívání heroinu.

Byl vyjádřen názor, že MDT program se příliš soustřeďuje na zastrásování vězňů. Dostatek pozornosti není přitom tolik věnován potenciálu programu při identifikaci závažných uživatelů drog a jejich nasměrování na účinný léčebný režim.

Zdá se, že vězni se více zajímali o účinky MDT v souvislosti s dostupností různých privilegií (vycházky, návštěvy, ap.) než v souvislosti s kázeňskými odměnami. Účinnosti programu by proto patrně přispělo větší poskytování zmíněných privilegií.

Není jednotný názor na využívání metadonu při zacházení s toxikomany ve výkonu trestu. Celostátní strategie „*Drug Misuse in Prison*„ hovoří o tom, že zatímco metadon by měl

být krátkodobě použit v odpovídajících případech s cílem detoxikace a kontroly symptomů závislých osob na opiátech, není vhodné ho předepisovat za účelem dlouhodobého užívání ve věznicích. Odborníci konstatují, že užití metadonu ve věznicích by korespondovalo s jeho užíváním v rámci programu zacházení s toxikomany ve společenství. Přestože cílem protidrogové strategie je drogová abstinence ve věznicích, metadonové léčení by mělo být možností dostupnou pro:

- pachatele, které vězeňští lékaři označí jako závislé na opiátech
- silně závislé toxikomany, u nichž realizace programů může trvat značně dlouhou dobu; po tu dobu by dávka metadonu byla postupně snižována

Při zvažování zavedení metadonového programu je však třeba mít na paměti, že v uzavřeném prostředí existuje riziko, že zde může vzniknout „černý trh“, s ním. Rozsah užívání metadonového léčení je třeba striktně monitorovat.

3. 3 Závěry a doporučení

Neustále rostoucí počet odsouzených toxikomanů nutí teoretiky i pracovníky praxe zamýšlet se nad možným řešením tohoto problému.

Služby poskytované vězňům obecně „pokulhávají“, za službami dostupnými ve společnosti. Dokonce i v těch zemích, kde je síť služeb pro drogově závislé vězně lépe rozvinuta, jejich potřeba vysoce převyšuje nabídku. Existují přesto příklady toho, že lze odpovídajícím způsobem poskytovat vězňům služby, které jsou v souladu s jejich potřebami.

V souvislosti se zacházením se závislými vězni - na základě dosavadních zkušeností s různými druhy programů léčení a zacházení aplikovanými v zahraničí - lze vyvodit následující obecnější závěry:

3. Věznice je třeba považovat za jednu část kontinua zacházení (od společnosti k systému trestní justice a zase zpět). Toto kontinuum by mělo umožňovat realizaci proaktivních zásahů.
4. Politiku a strategii boje se zneužíváním drog ve věznicích je třeba podpořit příslušnou legislativou. Dále musí existovat prostor pro individuální iniciativy, pilotní projekty a inovační programy.
5. Programy je třeba vypracovat v souladu s individuálními potřebami vězně - toxikomana.
6. Mezi věznicemi a léčebnými zařízeními vně vězení musí být vytvářeny příležitosti k pravidelné výměně zkušeností.
7. Zdraví vězně je nejdůležitější, proto možnost léčení a přístup k němu musí být dostatečný a musí dosahovat téže kvality jako léčení probíhající ve společenství.
8. Odsouzení toxikomané by se měli zapojit do léčení zásadně na základě dobrovolnosti.
9. Léčení ve vězení není alternativou ambulantního léčení. Oba dva druhy léčení jsou komplementární a oba jsou nezbytné.
10. Tam, kde je to možné, měly by být ve věznicích vytvářeny bezdrogové jednotky určené pro:

a) léčení odsouzených toxikomanů, kteří se chtějí léčit

b) ostatní vězně, kteří se chtějí oprostít od nátlaku užívat drogy, který vyvíjí okolí

Přístup do bezdrogových jednotek by neměl být znemožněn ani uživatelům „tvrdých,, drog.

11. Protidrogové strategie a programy nelze realizovat bez pomoci vězeňského personálu speciálně vyškoleného k této problematice, a proto jeho adekvátní vzdělávání je důležitým předpokladem úspěšnosti projektů. Je třeba rozvíjet pozitivní postoje personálu k léčení a jeho odpovědnost za průběh léčení.

12. Všechny léčebné programy je třeba pravidelně monitorovat a vyhodnocovat.

13. Zahraniční zkušenosti ukazují, že úspěšnosti protidrogového léčení ve věznicích napomáhá podpora vrstevníků vězňů - toxikomanů. Osvědčuje se také zapojení bývalých vězňů, kteří měli v minulosti zkušenost s drogou, do léčebných programů.

3.4 Vyhodnocení některých zahraničních výzkumů k problematice zacházení s drogově závislými vězni

Ačkoliv odborníci poukazují na snadnou dostupnost drog a na šíření užívání drog ve věznicích, dosud bylo realizováno málo ucelených výzkumů v této oblasti, které by se snažily podchytit v co nejširším záběru danou problematiku. Nejde o nic překvapujícího; nelze totiž očekávat, že by vězni sami doznali porušování vězeňského požadavku týkajícího se zákazu užívání drog. Vycházejí z nárůstu vězeňské populace v řadě zemí, který je do značné míry podporován přílivem drogově závislých vězňů, zdá se logické uvažovat o systému trestní justice jako o jednom „článku,, protidrogového léčení. Ukazuje se totiž, že pokud tito pachatelé stojí vně systému trestní justice, často nevyhledávají a nezajímají se o léčení - což je jedním z argumentů, proč umožnit protidrogovou léčbu ve výkonu trestu. I výzkumy zaměřené na tuto problematiku, (alespoň některé z nich) naznačují, že léčení probíhající ve věznicích může účinně pomoci snížit drogově závislou vězeňskou populaci. O tom svědčí mj. vyhodnocení některých zahraničních programů.

Evropská unie realizovala v roce 1996 ve svých členských státech šetření o zneužívání drog ve věznicích²⁸. Vyhodnocení 190 dotazníků ukázalo, že ve srovnání s rokem 1995 ve věznicích častěji došlo ke snižování škodlivých účinků drog, dařilo se poněkud snižovat poptávku po drogách a častěji byly prováděny zkoušky moči. Šetření popsalo situaci ve 155 věznicích s celkovým počtem 55 814 vězňů (tj. šestina vězeňské populace v zemích EU). 37% odsouzených užívalo drogy před svým uvězněním. K největšímu vzestupu došlo v Anglii, Francii a Německu. Nejvýznamnější změnou drogové politiky je zavedení povinných zkoušek moči v anglických a waleských věznicích. V roce 1996 se v evropských vězeňských zařízeních zvýšily možnosti, co se umístování do bezdrogových oblastí, poskytnutí léčení a realizace výchovné činnosti v oblasti zneužívání drog týče. Metadonový program ve většině evropských věznic není zaveden.

²⁸ Connections 6/1998, s.1

NIZOZEMÍ

Věnujme bližší pozornost jednomu z nizozemských projektů zaměřenému na chronické uživatele tvrdých drog. Závislí vězni jsou povinně umístěni do „bezdrogové„ jednotky „Paviljoen 2„ ve věznici v Amsterdamu. Tato jednotka experimentálně zahájila svou činnost v roce 1994 na dobu dvou let. Umístění odsouzených toxikomanů sem je povinné, zapojení se do protidrogového léčení je také povinné. Vězni jsou denně podrobováni testům moči. Systém odměn a trestů je operacionalizován třemi různými režimy: základní režim, restriktivní režim a permissivní režim. Na začátku programu je každý zařazen do základního režimu, který je srovnatelný s běžným vězeňským režimem. Do restriktivního režimu se dostávají ti, kteří nadále užívají drogy nebo se odmítají podrobit denním kontrolám moči. Pokud jsou zde umístěni, musí zůstat ve své cele po dobu 24 hodin a nesmějí přijímat rodinné příslušníky ani se zapojit do volnočasových aktivit.

V permissivním režimu mají toxikomané více volnosti a privilegií, např. mohou obědovat spolu a mohou ve větší míře využívat sportovního vybavení. Umístění sem je považováno za druh odměny.

Všech 77 vězňů zařazených do jednotky v době od července 1995 do října 1996 lze charakterizovat jako chronické toxikomany, kteří v průměru užívají heroin 9 let a kokain 7 let, s několika záznamy v rejstříku trestů, nízkou úrovní vzdělání, nezaměstnané, jako osoby s psychiatrickými problémy a omezenou intelektuální kapacitou.

30% toxikomanů ze základního režimu se v určité fázi jejich uvěznění rozhodlo pracovat na svém problému, aby se jim dostalo možnosti být přeřazen do permissivního režimu (obvykle tomu tak bylo po 2 - 3 měsících). To platí zejména pro vězně odpykávající si dlouhodobý trest.

Z vyhodnocení projektu mimo jiné vyplynulo, že po celou dobu postoj k léčení obecně a k vězeňskému personálu zůstal nezměněn. Změnil se ovšem postoj odsouzených toxikomanů, umístěných v základním režimu k nabízené pomoci: motivace změny jejich životního stylu a potřeba dostat pomoc klesala. Byl však zjištěn růst sebeúcty, víra v sebekontrolu, co se užívání drog týče, a snižující se potřeba užívání drog. Mezi změnou těchto postojů a umístěním do permissivního režimu nebyl zjištěn žádný vztah. Zdá se však, že tento režim více uspokojuje potřebu „klientů„ pracovat na jejich drogových problémech. Ti také cítí větší potřebu dostat se jim pomoci než v ostatních léčebných režimech. 23% z 56 vězňů propuštěných na svobodu v průběhu realizace projektu se zapojilo do programu protidrogového léčení; 54% léčení ukončila, 38% nedokončila a 8% bylo dosud v léčení. Potvrdilo se, že do léčení na svobodě se nejčastěji zapojili ti, kteří byli ve výkonu trestu v permissivním režimu (47% ve srovnání se 17% ostatních toxikomanů).

Vyhodnocení dále odhalilo, že největší překážkou úspěšnosti léčby je délka odpykáváného trestu, kdy polovina odsouzených toxikomanů si odpykávala trest kratší dvou měsíců.

Je třeba však upozornit na to, že výsledky projektu, které zde uvádíme, byly vyhodnoceny po jeho relativně krátkém fungování. Nicméně, zdají se nadějně, a proto bylo rozhodnuto v tomto projektu pokračovat a po čase provést jeho dlouhodobé vyhodnocení.

VELKÁ BRITÁNIE

Substance Abuse Treatment Programme

První specializovaný „rezidenční“, program zaměřený na zacházení s drogově závislými vězni byl zaveden úřadem *Addictive Diseases Trust* (ADT) v HMP Downview v dubnu 1992, pod názvem *Substance Abuse Treatment Programme* (Program léčení zneužívání návykových látek). Muži do něho zařazení měli s drogou (většinou heroinem) dlouhodobé zkušenosti (2/3 je užívaly více než 10 let a pouze 10% po dobu kratší než 5 let). Jednalo se o narušenější pachatele odpykávající si střednědobé tresty. Většina z nich se podrobila jiným druhům léčení (zejména protialkoholnímu) a vůbec se potýkala s řadou dalších problémů.

Výsledky prokázaly, že ADT program ovlivnil postoje a chování vězňů mnoha obecnějšími způsoby, např. zlepšením vztahů s personálem, se spoluvězni a rodinnými příslušníky, a změnou postojů odsouzených toxikomanů k trestné činnosti a jejímu páchání.

Substance Abuse Treatment Programme je léčbou ve 12 krocích, kterou lze rozdělit do tří širších stádií terapeutických aktivit:

- **„přípravné,, stádium**

Vězeň je veden k tomu, aby uznal plný rozsah vlastní bezmocnosti nad svou drogovou závislostí

- **„akční,, stádium**

V rámci tohoto stádia dochází k podrobné „inventarizaci,, osobních poruch vězně. Poznatky jsou poté sděleny a analyzovány s poradcem z řad vrstevníků ve skupině, do níž je zařazen.

- **„konsolidační,, stádium**

K němu dochází poté, co vězeň ukončí kurz a integruje akční komponentu do svého každodenního života.

Všichni poradci zapojení do programu (s výjimkou jednoho) byli vyléčení toxikomané či alkoholici; měli záznam v trestním rejstříku; prošli výcvikem.

Hlavním cílem studie analyzující tento program bylo popsat jeho průběh, zadokumentovat důkazy o jeho krátkodobých účincích, poskytnout kvantitativní data a identifikovat klíčová kritéria, která musí být splněna, aby program ADT fungoval v relativním souladu s vězeňským kontextem.

Do výzkumu se od dubna 1992 do konce listopadu 1994 přihlásilo 395 vězňů ze 36 věznic. Jejich průměrný věk dosahoval 32 let a svůj poslední trest si odpykávali zejména pro loupež, krádež vloupáním nebo drogové delikty.

Kdo se chtěl zapojit do ADT programu, nejdříve se zapojil do tzv. *předvstupní skupiny* (kohorta 1 - 33 vězňů). Účast byla výhradně dobrovolná a neexistovala žádná výběrová kritéria. Jakmile se uvolnilo místo v některém z léčebných kurzů, vězeň byl do něho přeřazen. Tato kohorta se setkávala jednou týdně. Pro většinu vězňů se nejednalo o první pokus vyhledat pomoc při řešení jejich drogového problému. Pro většinu byla drogová závislost hlavní příčinou páchání trestné činnosti.

Kohortu 2 zpočátku tvořilo 21 vězňů z původní předvstupní skupiny (čtyři ještě čekali v kohortě 1 na své přeřazení a osm bylo buď propuštěno, nebo převezeno do jiného zařízení).

V kohortě 2 existovaly dvě skupiny - tzv. „léčebnou skupinu,, tvořilo 15 mužů; šest se později rozhodlo „jít od toho,,.

Program v „léčebné skupině,, trval sedm týdnů. V léčení setrvali zejména uživatelé heroínu ve věku pozdních dvaceti a raných třiceti let, kteří existenci svého drogového problému uznali spíše než ti mladší. Jejich prohlášení (s výjimkou jednoho vězně), že od doby zařazení do tzv. převstupní skupiny přestali s drogami, potvrdily i náhodně prováděné testy.

Skupinu „odpadlíků,, tvořili zejména mladší vězni, uživatelé konopí, kteří si svou drogovou závislost a s ní spojené problémy většinou nepřipouštěli, a považovali se spíše za uživatele „recreational,, drog, jako je extáze nebo amfetamin.

Z vyhodnocení výzkumu mj. vyplynulo, že povzbudivé výsledky týkající se účinnosti programu ADT je třeba ověřit dlouhodobým výzkumem. Program by měl trvat minimálně 10 týdnů a vězni - toxikomané by se měli podrobit alespoň prvním devíti krokům z dvanácti možných. Na začátku každého programu musí být zcela jasná očekávání, předpoklady a zásady, z nichž program vychází.

Dále se ukázalo, že mají - li být tyto typy programů úspěšné, realizace strategií drogového léčení vyžaduje:

- širokou komunikaci všech zainteresovaných před zahájením jakékoliv iniciativy, včetně zapojení personálu a podpory klíčových zaměstnanců (např. týmů zajišťujících zdravotní péči)
- vyvarování se „soupeření,, mezi různými komponentami strategie (tj. zajištění bezpečnosti, návštěvy vězňů - toxikomanů zvenčí, zdravotní péče, léčení)
- programy léčení musí odpovídat potřebám různých skupin „klientů,,; ti, kteří údajně berou tzv. „recreational,, drogu potřebují zcela odlišné zacházení než toxikomané užívající jiné drogy
- vytvoření výběrových kritérií pro zařazení do programu
- účast kvalifikovaných poradců, uzdravených toxikomanů a osob vně systému trestní justice, protože mj. díky nim vězni - toxikomané vkládají do programu svou důvěru a víru
- dostupnost odpovídající následné péče ve společenství, má-li se „klient,, zdržet užívání drog i po svém propuštění
- průběžné vyhodnocování a případná modifikace programu.

Projekt ve věznici HMYOI Moorland

Základ tohoto projektu tvoří individuální poradenství. To zajišťuje na smluvním podkladě externí agentura SARU. Individuální poradenství lépe umožňuje reagovat na potřeby klientů. Agentura se zaměřuje zejména na aktivity v oblasti snižování škodlivých následků abúzu (včetně výměny injekčních stříkaček, povzbuzování toxikomanů v tom, aby drogy omezili užívání drog).

Projekt ve věznici HMP Bristol

Věznice v Bristolu je neobvyklá v tom, že program zacházení byl vypracován přímo ve věznici, za pomoci týmu fungujícího v terapeutické jednotce. Vězni při přijetí projdou prohlídkou a jsou přijati ve specifickém křídle věznice, kde je jim k dispozici základní

metadonová detoxikace. Prvními kontaktními osobami vězně, který sám sebe označí jako potřebného pomoci nebo vězně, jehož tak označil vězeňský personál, je zhruba 20 speciálně vyškolených vězeňských pracovníků.

Někteří vězni jsou poté předáni do péče bristolské detoxikační jednotky (12 lůžek). Personál zde tvoří 4 zdravotní sestry, 2 vězeňští pracovníci, lékař a terapeut. Na jednotce se využívá relaxační a stresové terapie, včetně akupunktury.

Z detoxikační jednotky se vězeň dostane do bezdrogového traktu, který má kapacitu asi pro 160 vězňů. Vězni také mají možnost zapojit se do osmitýdenního kurzu zaměřeného na prevenci recidivy. V tom případě je umístěn v rezidenční jednotce pro deset vězňů.

SKOTSKO

The Saughton Drug Reduction Programme (DRP)

Vyhodnocení programu DRP proběhlo v roce 1994. V jeho rámci byly vytvořeny dvě skupiny - experimentální a kontrolní (po 30 jedincích). V experimentální skupině byli ti, kteří DRP ukončili celý nebo v něm vydrželi alespoň 21 dnů; ti pobývali v tzv. *Drug Treatment Unit* (DTU). Do kontrolní byli zařazeni ti, kteří program nezačali vůbec nebo ho ukončili během prvních tří týdnů. Průměrná délka setrvání v programu dosahovala 26,7 dnů.

Všichni vězni zařazení do výzkumu byli dotazováni během měsíce po ukončení programu (skupina a) nebo měsíc po přijetí do věznice Saughton (skupina b) a poté v průběhu měsíce před propuštěním z věznice.

Dotazován byl i vězeňský personál - pracovníci *Drug Treatment Unit*. Tento tým sestává ze *senior officer* pověřeného vedením jednotky a deseti dalších pracovníků.

Průměrný věk vězňů z experimentální skupiny dosahoval 29 let a byl výrazně vyšší než z kontrolní skupiny (24 let). Většina respondentů v době prvního dotazování pobývala buď ve vazbě nebo v sekci A (společná pro krátkodobě odsouzené dospělé vězně a vězně mladší 21 let (35 %); 20 % bylo umístěno v sekci B (výhradně pro dospělé krátkodobě odsouzené); 3 % v sekci C (pro dospělé vězně odsouzené k dlouhodobým trestům) a 40 % bylo ze sekce D (dospělí neodsouzení). Celkově se jednalo o 57 % obviněných (ve vazbě) a 43 % odsouzených vězňů.

Pokud jde o druh užívané drogy v minulosti, mezi experimentální a kontrolní skupinou nebyl zjištěn rozdíl v počtu různých užívaných drog (v průměru 15-17). Pořadí pravidelně užívaných drog při předchozích odsouzeních je následující: konopí (88%), Temgesic (62%), diazepam (28 %), triazolam (27%), LSD (10%), amfetamin (7%) a extáze (5%).

Z celkového vzorku šedesáti vězňů si 82% aplikovalo někdy během své drogové kariéry drogu nitrožilně, ať ve společenství nebo ve vězení (v experimentální skupině častěji - 97% oproti 67% v kontrolní). Z těchto toxikomanů se o injekční vybavení někdy dělilo celkem 78% osob, bez rozdílu na skupinu.

Závislí vězni připustili, že v průběhu posledního trestu užívali ve vězení drogu méně často než při předchozích uvězněních; totéž platí i pro počet užívaných drog. Častěji (pokud jde o poslední trest) a ve větším počtu je užívali ti z kontrolní skupiny (v průměru 2,8 drog klientů z DTU a 5,4 drog v kontrolní skupině). Klienti z DTU navíc užívali menší množství drog než z druhé skupiny. Je však třeba připustit, že tuto skutečnost mohly způsobit jiné faktory mající větší vliv na snížení užívání drog v době realizace šetření než pouhé ukončení *Drug Reduction Programme*, (mezi ně pravděpodobně patří věk, předchozí zkušenost

s drogou, trestní minulost nebo nákaza virem HIV). Regresní analýzou dat byly vyvozeny dva prediktory užívání většího počtu různých drog během výkonu posledního trestu - pokud toxikoman nežije v DTU jednotce a užívání většího množství různých drog v průběhu předchozího trestu.

Podruhé byli vězni zařazení do výzkumu dotazováni během měsíce před jejich propuštěním; kritérium zařazení do vzorku splňovalo 58% rezidentů DTU a 42% z kontrolní skupiny. Takto získané údaje umožnily provést srovnání obou skupin, co se pokračování užívání drog týče. V době tohoto dotazování strávili vězni ve výkonu trestu v průměru 55,4 dnů (klienti DTU) a 70,1 dnů (kontrolní skupina). Mezi prvním a druhým šetřením došlo ke snížení počtu užívaných drog (nyní v průměru 2,6 drog osob z DTU a 4,9 drog z kontrolní skupiny). Během tohoto dotazování byli účastníci dotazováni na své záměry a očekávání po propuštění. Je třeba zdůraznit, že zatímco úmysly se někdy shodují se skutečným chováním, vliv má také řada jiných psychologických a sociálních faktorů, a co lidé říkají, je relativně slabým prediktorem toho, co skutečně udělají. Nicméně, výzkumná data svědčí o pozitivním dopadu *Drug Reduction Programme* na záměry klienta.

Málo dotázaných uvedlo, že mají v úmyslu zcela abstinovat po propuštění. Téměř 2/3 (63%) doznala, že v den propuštění nějakou drogu užijí; 21% si chce vzít drogu během týdne po propuštění a 6% chce počkat přibližně měsíc. Je zajímavé, že k alkoholu se chce první den po propuštění uchýlit méně dotázaných než k drogám (pouhých 38%). Přestože většina hovořila o tom, že bezprostředně po svém propuštění užije drogu, někteří zároveň konstatovali, že půjde spíše o užívání tzv. „recreational„ drogy. 25% cítilo, že drogu budou užívat méně často než předtím; 5% mělo v úmyslu přestat s pícháním drogy, avšak 19% očekávalo, že budou drogy užívat ve stejné míře jako před nástupem výkonu trestu.

53% respondentů cítilo, že za užívání drog nesou odpovědnost pouze oni sami a neidentifikovali žádné jiné faktory, které by je mohly ovlivnit. 19% dotazovaných cítilo, že pozitivně by je mohl ovlivnit jejich partner nebo děti, 8% identifikovalo přátele a 6% organizace ve společenství. 3% uvedla, že největší vliv měl *Drug Reduction Programme*. Z dalších výsledků uvádíme: 56% ze všech respondentů mělo v úmyslu získat po propuštění lékařský předpis na legální drogu (častěji z kontrolní skupiny). 86% chtělo po propuštění navázat kontakt s některou organizací zabývající se drogovou závislostí (mnoho z nich tak učinilo již před uložením posledního trestu). Plných 81 % neočekávalo po propuštění problém s bydlením - 36% se vrací do svého bytu, jiní šli k rodičům nebo jiným příbuzným (22 %), k partnerům (14%) nebo přátelům (3%); dvě osoby si zařídily náhradní ubytování.

Naopak, po propuštění neměl žádný respondent zajištěno zaměstnání. 33% sice měla v úmyslu si práci hledat, ale neočekávala, že ji najdou; zbytek neočekával, že by nějakou našel a ani se o zaměstnání nechtěli postarat, protože tito respondenti postrádali potřebné dovednosti a zkušenosti. 56% dotázaných neočekávalo žádné potíže s rodinným příslušníky; 25% očekávalo problémy související zejména s rozvodem, návštěvou dětí a rodičovstvím vůbec. Konfliktem se mohlo také stát užívání drog jeho partnerem. Pouze 12 % očekávalo možné problémy s přáteli; více než třetina (36%) je spojovala s penězi. Plných 69% uvedlo, že doufá, že po propuštění se již nedopustí trestného činu. Užívání drog bylo konstatováno jako nejpravděpodobnější důvod eventuální recidivy (12%); čtvrtina připustila, že bude recidivovat, protože se tak sama rozhodla; 19% připustilo, že by k ní mohlo dojít kvůli finančním neshodám a 17% proto, že podporuje rodinu a potřebuje peníze.

Research into Drugs and Alcohol, Violence and Bullying, Suicide and Self-Injury, and Backgrounds of Abuse (Výzkum k problematice drogových problémů, alkoholismu, násilí a šikany, sebevražd a sebepoškození)

Podnětem realizace tohoto výzkumu byla zpráva vrchního inspektora skotských věznic z května 1996 o jeho inspekční cestě do nápravného zařízení v Cornton Vale. V ní vrchní inspektor mj. projevil znepokojení nad tíživou situací v zařízení, včetně počtu drogově závislých ženských vězňů. Záběr šetření byl široký, jak již z jeho názvu vyplývá. Trval jeden rok a dotazováni byli vězni i vězeňský personál. Probíhal v nápravném zařízení v Cornton Vale, které je jediným skotským vězením a zařízením pro mladistvé pachatele, specificky pro ženy a dívky. Věznice v Dumfries, Inverness a Aberdeen jsou vazebními věznicemi a vězením pro výkon trestu zčásti i pro ženy, ale pouze v malém počtu, a jsou určeny pro ty, které si odpykávají trest v trvání jednoho roku nebo kratším. Ve věznici v Cornton Vale je tedy umístěno 96% odsouzených a obviněných žen a dívek; z nich 80% je z Glasgow a jeho okolí.

Právě tím, že výzkum byl zaměřen na ženy-pachatelky, nabývá na významu, protože této části vězeňské populace bývá v teoretických pracích i výzkumech věnováno málo pozornosti.

V době realizace výzkumu, tj. v lednu a únoru 1997, zde bylo umístěno v průměru 150 - 160 žen ve čtyřech oddělených blocích (Yankee, Sierra, Bravo a Papa). V bloku Papa jsou ty, které dosáhly během uvěznění největšího pokroku a bylo zde zhruba 40 žen, jimž brzy končil výkon trestu. Tyto odsouzené mají od svých cel klíče, samy si zde vaří a požívají řady privilegií.

Výzkumný vzorek tvořily ženy a dívky ve vyšetřovací vazbě i výkonu trestu. Do celého výzkumu bylo zařazeno celkem 291 žen, z nichž 45 odpovídalo na dotazy týkající se historie jejich zneužívání drog a alkoholu. 22% vybraných žen pro interview odmítlo hovořit o své drogové závislosti, což vedlo k tomu, že míra odpovědí (78%) byla výrazně nižší než míry odpovědí na jinou problematiku (šikana, sebevražda a jiné).

Otázky zařazené do dotazníku především vycházely z Lambertova a Lightfootova dotazníku *the Abuse Questionnaire* z roku 1992 vypracovaného v ženské věznici v Kanadě.

Převážná většina respondentek měla nějakou zkušenost s drogami ; polovina z nich pocítovala, že drogy pro ni představují problém. Nejčastěji byl preferován heroin, ačkoliv přibližně stejný podíl zmiňoval denní užívání temazepamu a/nebo konopí. Užívání drog obecně a nitrožilní aplikace zejména dramaticky poklesla přechodem toxikomanek do vězení, hlavně proto, že je zde omezená volba a dostupnost drogy. Zejména znepokojující bylo zjištění o neznalosti žen stran čištění injekčního vybavení.

V rámci problematik sledovaných výzkumem ženy závislé na drogách byly v minulosti ze všech respondentek nejméně často souzeny a nejméně často si odpykávaly nepodmíněný trest.

Zneužívání drog patří mezi rizikové faktory páchaní trestné činnosti. Studie o uvězněných ženách potvrzují, že užívání drog je nejčastějším důvodem jejich recidivy (potřeba získat finanční prostředky na drogy). Užívání drog mezi ženskými vězni je 4x vyšší než mezi populací obecně (43% : 10%).

Existují rozdíly mezi užíváním drog ženami a muži: muži s větší pravděpodobností užívají nedovolené drogy a častěji užívají drogy ve společenských zařízeních. Ženy častěji nejsou specificky zaměřeny na jedinou drogu a užívají různé drogy. U žen existují specifické faktory, které zjišťují jejich drogové problémy: větší starost o zdraví; menší sebeúcta; partner

- alkoholik; dysfunkčnost rodiny; odpovědnost za děti, méně „zpeněžitelných,, dovedností a menší pravděpodobnost nalézt si zaměstnání vně domova.

Jedním z vysvětlení, proč ženy častěji užívají rozmanité drogy, zejména „zákonné,, drogy souvisí s tím, že si častěji nechávají předepisovat léky (např. antidepresiva, tranquilizéry, amfetaminy ap.).

Rovněž faktory související s počátkem drogové závislosti mezi muži a ženami se liší. Někteří kriminologové se domnívají, že poté, kdy žena začne užívat heroin, který jí nabídl muž, má tendenci pohroužit se do jeho světa a stane se závislou rychleji než většina mužů. Potom si vybuduje nákladnější a větší návyk než její mužský protějšek. Důležitým faktorem je role „přátelství,, zejména v souvislosti s užíváním heroinu, a toto „přátelství,, má často podobu sexuálního „přátelství,,. Ukazuje se, že zatímco u mužů velkou roli sehrává nátlak vrstevníků a „hledání,, senzace, u žen se častěji jedná o způsob vyrovnání se s traumatem opakovaného nebo trvajících zneužívání a s různými bolestnými vzpomínkami.

Konstatovali jsme rozdíly mezi užíváním drogy muži a ženami; existují rovněž podobné rozdíly, co se užívání drog ve věznicích týče (např. užívání více druhů drog ženami). Závislé uvězněné ženy spadají do jedné ze dvou kategorií: buď mají s drogami ve vězení závažnější problémy než uvěznění muži, nebo nemají s drogami během výkonu trestu problémy žádné. Ačkoliv před uvězněním si toxikomanky intravenózně aplikují drogy mnohem častěji než muži, během výkonu trestu je tento poměr obrácený. Výzkumy dále ukazují, že uvězněné toxikomanky byly často v minulosti sexuálně zneužity. Proto nejsou pro tyto ženy nejvýhodnější detoxikační programy jako v případě mužů.

Z výsledků výzkumů v Cornton Vale lze uvést : 88% žen někdy okusilo drogu, z nich více než polovina je užívala výhradně ve společenství; 4% pouze ve věznici a třetina tam i tam. Pouhá pětina si odpykávala trest za drogové delikty, avšak dalších 38% spáchalo trestný čin, který nějak souvisel s jejich užíváním drog.

Z těch, které užívaly nezákonné drogy, 23% s nimi začalo před dovršením 14 let; 32% ve věku 15 - 16 let; 18% je poprvé okusily ve věku 17 - 20 let a 27% ve věku 21 - 34 let. Drogy pravidelně bralo 70% (22% ve věku 12 - 15 let; 26 % ve věku 16 let; dalších 26% ve věku 17 - 20 let a zbytek ve věku 21- 39 let). Polovina závislých ženských vězňů je přesvědčena, že užívání drog pro ně nepředstavuje žádný problém, zatímco 45% je opačného názoru. 80% se v minulosti pokusilo s drogou přestat a z nich údajně rovněž 80% uvedlo, že to dokázalo.

Po uvěznění žen došlo k výraznému poklesu užívání drog jimi; pouze malý počet doznal, že berou nezákonnou drogu (9% heroin, 10% konopí a 7% temgesic). Údajně žádná z nich si nic nepíčila.

Více než polovina žen (56,3%) byla obeznámena s existencí *the Addiction Support Unit* (ASU) nebo *Health Care Centre* (50%) (toto Centrum zajišťuje předpisování léků); další čtvrtina věděla o přítomnosti drogového pracovníka ve vězení ²⁹. Na druhé straně více než polovina ohodnotila drogové služby jako „velmi ubohé,,; 32% uvedla, že se neumí vyjádřit k jejich kvalitě. Svá tvrzení ženy nejčastěji zdůvodňovaly tím, že lékařské předpisy neodpovídají individuální potřebě, že není k dispozici žádná pomoc³⁰ nebo že poradenství

²⁹ Ve věznici v Cornton Vale v době realizace výzkumu neexistovala Substance Free Zone. 47% vězňů a 82% vězeňského personálu v roce 1993 uvedlo, že by tuto možnost uvítali. V době tohoto výzkumu se o ustavení této zóny uvažovalo

³⁰ Poznámka: V době dotazování jednotka ASU nefungovala

není na žádoucí úrovni. Byla také projevena lítost, že zde není k dispozici metadonový program.

Přes polovinu žen (53%) je přesvědčeno, že povinné zkoušky moči (MDT) nemají žádný vliv na užívání drog ve vězení. 28% vliv MDT připustilo, ale domnívají se, že ten se týká pouze snížení užívání konopí.

Drugs and Alcohol Prevalence and Needs Assessment in HMP Greenock

Ve zprávě o věznicí Greenock³¹ se uvádí, že „přístup vězně k nelegálním psychotropním látkám je poměrně snadný. Vězeňský personál i vězni vyjádřili názor, že ve vězení koluje hodně drog, ale že spíše užívají orálně ve srovnání s vnitřní aplikací.,, Zpráva uvádí, že v roce 1994 zde bylo uvězněno 172 vězňů s „výraznými drogovými návyky.,, Ti, kteří mají nejvážnější problémy, se nemohli podrobit ve věznicí Greenock žádnému zacházení, protože zde neexistovala relevantní zařízení; proto museli být přeřazeni do výchovného zařízení v Barlinnie. Situace v této věznicí se od doby zveřejnění zprávy poněkud zlepšila. Vyhodnocením potřeb vězňů a drogovými problémy a problémy s alkoholem ve věznicí Greenock se zabývalo šetření, jehož některé výsledky dále uvádíme.

The Argyll and Clyde Drug Action Team vyhodnotil v březnu a dubnu 1996 výskyt drog a alkoholu a existující potřeby vězňů. V těchto dvou měsících bylo ve věznicí Greenock (Skotsko) celkem 234 vězňů, z nich 115 (49%) se podrobilo dotazníkovému šetření, jehož cílem bylo:

- stanovit povahu a rozsah užívání drog ve společenství a ve vězení
- určit důvody, proč vězni užívají (užívali) drogy
- zjistit, jaké pomoci je vězňům zapotřebí, aby ve věznicí přestali s drogami
- zjistit efekt povinné zkoušky moči na užívání drog vězni
- zjistit názory vězňů na tyto zkoušky
- zjistit využívání služeb pro toxikomany ve společenství a ve vězení
- zjistit potřeby vězňů - uživatelů drog

Greenockské vězení je určeno výhradně mužským vězňům a sestává ze tří částí; jsou zde obvinění ve vazbě, neodsouzené osoby a osoby odsouzené ke krátkodobým i dlouhodobým trestům.

Z výzkumu vyplynuly tyto hlavní poznatky: 38% vězňů bylo v době spáchání trestného činu pod vlivem drog a 11% se dopustilo trestného činu souvisejícího s drogou. 20% bylo přesvědčeno, že jejich trestná činnost souvisela s problémy užíváním drog.

88% vězňů má nějakou zkušenost s drogou. Z nich 69% bralo drogy ve společenství i ve vězení; 22% pouze ve společenství a 9% pouze ve vězení.

Mnoho vězňů umístěných v této věznicí deklarovalo, že ve vězení užívají drogy méně často, většinou proto, že jsou méně dostupné. Zbývající část závislých vězňů uvedla, že se pro to rozhodli sami, že museli spotřebu snížit pro nedostatek peněz nebo že ve vězení se omezují pouze na konopí, ačkoli ve společenství užívají i jiné drogy. Naopak, někteří vězni zde užívají drogy častěji než ve společenství - z nudy.

Důvody užívání drog jsou různorodé. Z celkového počtu 101 respondentů je 34 užívalo pro „slastný,, pocit; 28 z nudy; 15 vězňů začalo brát drogy, protože to dělají jejich přátelé, tři proto, že to považují za „společenské,,. Z dalších důvodů byl zmíněn stres ze života ve vězení (11), meditace či zklidnění (7), deprese (3), frustrace (1), paranoia (1). Pět vězňů zmínilo nezaměstnanost, jeden bezdomovectví a další rodinné problémy, tři únik z reality vězeňského

³¹ HIM Inspectorate of Prisons for Scotland (1995) Report on HIM Prison Greenock, HMSO - převzato z Drug and Alcohol Prevalence and Needs Assessment in HMP Greenock, s. 12.

života, jednomu vězni drogy pomáhají překonat fakt, že byl odsouzen k trestu doživotí a dva chtěli drogy zkusit nebo s nimi experimentovat.

Ze 101 uvězněných, kteří brali drogy, 14% začalo drogy (jiné než opiáty) užívat ve vězení ³² s opiáty ve vězení začalo 35% a 47% s nimi začalo ve společenství. Zbytek nikdy opiáty neužíval.

70% závislých vězňů ve vězení užívalo drogy méně často než ve společenství; 24% užívalo ve vězení drogy častěji, zatímco 6% mělo pocit, že jejich drogový návyk zůstal nezměněn.

Téměř 3/4 (70%) jako svou první drogu označily konopí a pro 39% to byla rozpouštědla. Je zajímavé, že konopí za drogu, kterou jako první užívali ve vězení, označilo plných 31% dlouhodobě odsouzených, oproti 13% krátkodobě odsouzených vězňů a 3% obviněných ve vyšetřovací vazbě.

V průměru drogu toxikomané poprvé okusili v 16 letech věku.

20% doznalo, že ve věznicích denně užívá konopí, 17% zde denně užívá temgesic a 6% užívá denně ve vězeňském zařízení heroin.

Čtvrtina těch, kteří kdy užívali drogy, je někdy aplikovala nitrožilně (z nich 88% výhradně ve společenství; 4% pouze ve věznici a 3% v obou prostředích).

38% někdy požádalo o léky na lékařský předpis, aby jim pomohly s jejich drogovým problémem (nejčastěji předepsanými léky byly diazepam, dihydrocodein, temazepam a metadon).

47% vězňů, kteří měli zkušenost s drogou, by rádo s nimi přestalo, 30% s nimi nechce přestat a 24% uvedlo, že je již neužívají. Z rozhovorů vyplynulo, že řada závislých vězňů nemá informace o existujících drogových službách ve věznici. Téměř třetina uvedla, že je zapotřebí poradenských služeb nebo více poradců, z nich 25% konstatovalo, že poradenství, tak jak je poskytované vězeňskými pracovníky, je pro vězně nepřijatelné. 16% za nezbytné považuje výchovu, informace a prevenci; 14% se domnívalo, že ve věznici by mělo fungovat detoxikační zařízení; 10% zase za nezbytný považuje program snižování drog. Dále, 9% bylo přesvědčeno o nutnosti předepisovat ve vězení metadon.

Z těch, kteří se vyjádřili k dané otázce, 46 vězňů obdrželo v souvislosti s užíváním drog pomoc ve společenství; 17 odmítlo jakýkoliv způsob zacházení ve společenství; 21 nikdy o pomoc nežádalo nebo ji podle jejich názoru nepotřebovalo.

Z těch, kteří uvedli, že v současnosti berou ve vězení drogy, 41% uvedlo, že po propuštění na svobodu budou ve svém návyku pokračovat; 17% hodlalo nadále užívat konopí, extázi a amfetamin.

Respondenti byli dotázáni, jakou pomoc by potřebovali, aby s drogami přestali. Z nejméně frekventovaných odpovědí by to podle 22% bylo nalezení zaměstnání, „nějakou činnost“, uvedlo 18%, vzdělání a výcvik 8%, náhradní zákonnou drogu 6% a odstěhování se jinam dalších 6%.

Když byli respondenti tázáni, zda se cítí ohroženi virem HIV, 30% odpovědělo kladně, zatímco víc než 2x tolik (69%) odpovědělo záporně.

Rovněž výsledky této studie potvrdily potřebu rozšířit ve věznici v Greenock poskytované drogové služby a zpřístupnit různé způsoby zacházení. S ohledem na slibné

³² Pojem „vězení“, je zde používán v obecném smyslu slova a neomezuje se pouze na věznici v Greenock.

výsledky *Drug Reduction Programme* ve věznici v Saughton se zvažuje jeho zavedení i ve zdejší věznici. Dále se uvažuje o zavedení metadonového programu určeného pro závislé vězně odsouzené ke krátkodobým trestům.

ŠVÉDSKO

Od roku 1978 existuje ve věznici Österaker program určený závislým vězňům. Výsledky první fáze výzkumu realizované v letech 1979 - 1981 byly publikovány ve zprávě z roku 1986. Výzkum následoval po experimentálním ověření v roce 1976.

Zacházení s odsouzenými závislými vězni vychází z modifikovaného přístupu terapeutické komunity. V rámci této modifikace komunity sehraje vězeňský personál role, které se blíží rodičovským rolím. Úkolem personálu je poskytovat podporu a působit jako modely psychologické stability a bezpečí; vězeňský personál dále sehraje kontrolní roli a klade na klienty přiměřené požadavky. Psychoterapie netvoří součást programu. Jeho hlavní součástí je strukturovaný každodenní život, rozvoj životních sociálních dovedností, zvýšení sebedůvěry vězně a schopnost zvládat mezilidské vztahy. Trvale se na ně působí ve smyslu motivace pracovat na svém rozvoji po propuštění na svobodu. Dlouhodobá abstinence během výkonu trestu o. s. poskytuje dobrý základ tvrdé práce, kterou psychoterapie prováděná ve společenství s sebou nese.

Na počátku realizace projektu bylo jedno křídlo věznice Österaker využito jako vstupní křídlo, zatímco v dalších čtyřech křídlech byl realizován vlastní program. Všechna křídla byla uzavřená. Kromě toho fungovala otevřená sekce v Bogesundu, blízko Österakeru. V roce 1981 bylo vstupní křídlo zrušeno a program zacházení probíhal ve všech pěti křídlech. V roce 1988 bylo otevřeno křídlo šesté. Každé křídlo disponuje patnácti lůžky a v otevřené sekci v Bogesandu je ubytováno 15 vězňů. V Mon funguje další otevřená sekce poskytující zvláštní výcvik nebo výchovné kurzy apod.

Na počátku realizace programu se testy moči omezovaly na pátrání po opiátech a amfetaminu; od roku 1982 je zjišťován i výskyt konopí. V té době byl výskyt konopí zjištěn asi u třetiny vězňů. Poté, co se začalo s testováním, se zde drogy prakticky přestaly vyskytovat.

Cílovou skupinu programů zacházení tvoří drogově závislí, švédsky mluvící muži; kteří si mají odpykat nejméně osm, maximálně 30 měsíců; kteří jsou připraveni přistoupit na pravidla programu (zejména zákaz užívání drog a alkoholu); kteří jsou ochotni zapojit se do všech aktivit a udržovat pozitivní sociální klima v léčebném křídle věznice, a kteří se zdržují použití fyzického násilí, použití výhrůžky fyzického násilí nebo jeho psychologických ekvivalentů. Denní režim zahrnuje odemčení cel, osobní hygienu, test moči, snídani, úklid, setkání všech závislých vězňů a personálu, pracovní výcvik nebo studijní aktivity, oběd a terapeutické aktivity, skupinové diskuse, sociální plánování, plán vycházek, fyzická cvičení, sezení komunit apod.

Velký důraz je kladen na zkvalitnění domácích dovedností, jako je nakupování a vaření, péče o domov, šatstvo ap. Po pracovní části dne jsou další povinné aktivity, jako kupř. taneční kurzy, studijní cykly a další volnočasové aktivity. Do této části programu se zapojují i rodinní příslušníci, což přispívá zkvalitnění sociálních vztahů narušených užíváním drog.

Řada vězňů je propuštěna do ambulantních terapeutických komunit nebo je předána do pěstounských rodin, a to během výkonu trestu (podle sekce 34 *Prison Treatment Act*³³) nebo po propuštění. Tato možnost tvoří důležitý prvek programu zacházení, protože tyto pobyty mohou pokračovat podle potřeby, bez ohledu na délku nepodmíněného trestu.

Účelem výzkumu bylo studovat a popsat vězně, kteří v době od 1. července 1982 do 30. června 1987 ukončili léčebný program v Österaker a jejich následné sociální přizpůsobení. Po dobu jednoho roku po propuštění byla sledována tři kritéria sociálního přizpůsobení (ubytování, postavení v zaměstnání a drogová abstinence). Po dva roky po propuštění bylo studováno čtvrté kritérium - recidiva trestné činnosti. Zjišťovány byly odpovědi na následující otázky:

- Charakteristika těch, kteří se zapojili do programu
- Kolik z nich ukončilo úspěšně program
- Kolik z nich program neukončilo? Jak dlouho byli do programu zapojeni?
- Kolik vězňů, kteří byli převedeni do otevřené sekce věznice v Bogesundu, úspěšně program ukončilo?
- Kolik vězňů ukončilo program jiným způsobem?³⁴
- Jak úspěšné je následné sociální přizpůsobení ve smyslu zmíněných tří kritérií?
- Je následná recidiva významně spjata s takovými faktory, jako je ukončení nebo neukončení plánovaného programu léčby, předchozí trestná činnost, délka trestu, hlavní trestný čin nebo věk?

Výzkumný vzorek se skládal z 287 závislých vězňů. Hlavními zdroji informací byla:

- registrační karta vedená o každém vězni zařazeném do programu. V ní jsou uvedeny údaje o zařazení do příslušného křídla vězení, o ukončení či neukončení pobytu, doba strávená v programu, způsob jeho ukončení apod. Po podmíněčném propuštění vězeňský personál hledá další informace o sociálním přizpůsobení se vězně prostřednictvím kontaktování probačních úředníků a dohlížitelů v rámci postpenitenciární péče³⁵ v intervalech 1, 3, 6, 9 a 12 měsíců.

³³ Sekce 34 umožňuje, aby v případě existence zvláštních důvodů mohl vězeň pobývat mimo věznici za účelem zapojit se do nějaké z aktivit, které podporují přizpůsobení se na svobodě.

³⁴ Mohlo se jednat o následující způsoby:

- plánovaný pobyt je přerušeno z důvodu špatného chování klienta nebo na jeho vlastní žádost. Výsledkem toho je převedení do jiné věznice, aby zde dokončil výkon trestu;
- pobyt v Österaker je úspěšně ukončen a v souladu s plánem je před podmíněčným propuštěním převeden do jiné věznice. Obvykle se jedná o převod do věznice v blízkosti bydliště vězně, aby se mu usnadnila praktická adaptace na propuštění;
- na základě podmíněčného propuštění přímo z Österaker;
- povolení pobytu vně vězení podle sekce 34 *Prison Treatment Act* (viz pozn. č. 12). Takový dočasný pobyt má obvykle za následek podmíněčné propuštění;
- odchod do otevřené sekce Bogesund za účelem připravit se na propuštění;
- odchod do Bogesundu a poté pobyt vně vězení podle sekce 34 *Prison Treatment Act*.
-

³⁵ Švédský probační a postpenitenciární dohled se do velké míry spoléhá na využívání dobrovolných dohlížitelů, jejichž činnost sledují profesionální probační úředníci.

- komputerovaný register švédské *Swedish Prison and Probation Administration*. V něm jsou údaje o předchozí trestné činnosti, aktuálním trestném činu a trestu, o věku, recidivě, novém trestu v případě recidivy a délce nového trestu.

Recidiva závislého vězně představovala uložení nového nepodmíněného trestu nebo probace v době 24 měsíců po propuštění z vězení. Z hlavních výsledků uvádíme:

- Z 287 vězňů zařazených do programu ho podle plánu ukončilo 74%. Zbytek ho přerušil buď na vlastní přání vězně nebo rozhodnutím personálu v Österaker.
- Třetina výzkumného vzorku odešla z Österaker do Bogesund, čtvrtina začala dočasný pobyt vně vězení podle sekce 34 *Prison Treatment Act*, čtvrtina na rozdíl od původního plánu byla převedena do jiné věznice a 6% odešlo do Bogesundu a zahájilo zdejší pobyt podle sekce 34 Zákona. 95% zdejších klientů program úspěšně ukončilo.
- Více než třetina výzkumného vzorku žila po ukončení programu ve vlastním bytě nebo domě rok po svém propuštění. 22% bylo ženatých nebo žilo s přítelkyní. Více než 10% se dostalo zpět do vězení. O 15% se nepodařilo získat informace.
- Více než polovina 1 rok po svém propuštění pracovala nebo studovala; 17% nikde nepracovalo; necelých 10% bylo hospitalizováno, pobývalo v terapeutické skupině ap. O 17% klientů nebyly tyto údaje zjištěny.
- Nejdůležitějším kritériem je rozsah drogové (i alkoholové) abstinence. Ta byla zjišťována dvěma způsoby - 12 měsíců po propuštění a v intervalech 1, 3, 6, 9, a 12 měsíců po propuštění. Obě metody mohou přinést různé výsledky, např. v případě abstinence trvající prvních devět měsíců, po které následuje opětovné zneužívání drog. Nebo naopak, propuštěný může abstinentovat až mezi 9. - 12. měsícem. Výsledky získané oběma metodami ukazují, že:
- 29% recidivovalo po 12 měsících, 13% v následujících 12 měsících. Ze všech recidivujících 25% byl uložen nový trest v průběhu tří měsíců podmíněného propuštění a 70% v průběhu dvanácti měsíců podmíněného propuštění.
- Ze 74 vězňů, kteří byli převedeni do jiného vězení, protože neukončili program, 64% recidivovalo koncem 24 měsíčního období po propuštění, z nich 33% těch, kteří pobývali vně vězení podle sekce 34 *Prison Treatment Act* a 28% těch, kteří byli propuštěni z Bogesund.
- Je patrná slabá tendence, že ti, kteří v minulosti nebyli odsouzeni k nepodmíněnému trestu, ukončili program úspěšně ve srovnání s těmi, kteří již byli ve výkonu trestu (poměr 82% : 71%). Osoby bez předchozí zkušenosti s NEPO také méně často recidivovaly (86% : 44%).
- Ti, kteří byli odsouzeni pro drogové delikty, častěji ukončili program podle plánu než odsouzení pro jiný trestný čin (82% : 59%).

Z výzkumu lze vyvodit zejména ten závěr, že jeho výsledky jsou dostatečně pozitivní, aby ospravedlňovaly pokračování obdobných programů zacházení, včetně zpracovávání kvalitních studií.

USA

Programy „šokové vazby„

V roce 1992 proběhl výzkum ve všech státních nápravných zařízeních a ve *Federal Bureau of Prisons* za účelem identifikovat program „šokové vazby„ pro dospělé vězně a zjistit charakteristické rysy existujících programů. Pozornost byla upřena zejména na to, zda do těchto programů bylo vtěleno i zacházení s drogově závislými vězni.

Označení vazba je v tomto případě trochu zavádějící: nejedná se totiž o vazbu ve smyslu českého trestního práva, ale o způsob výkonu nepodmíněného trestu odnětí svobody.

V době realizace výzkumu bylo zkoumáno 41 programů v 26 jurisdikcích s přibližně 5814 vězni. V rámci většiny programů (56 %) dosahoval počet vězňů v jedné věznici k určitému datu 100 - 300 osob, v pěti programech bylo v „*boot camps*„ méně než 100 vězňů a největší počet vězňů byl v „*boot camps*„ v New Yorku - 1 500.

I když některé komponenty byly všem programům společné, v řadě komponent se lišily (např. v počtu dohledů vyslovených nad vězni po jejich propuštění z tábora; v délce programů, kdy nejdelší programy trvaly v Illinois, New Yorku a Wisconsinu - 180 dnů, zatímco nejméně - 45 dnů - ve dvou Oklahomských věznicích. V průměru programy trvaly 107 dnů). Výrazné rozdíly byly zjištěny v denních aktivitách vězňů; některé zahrnovaly 8 - 10 hodin pracovních aktivit nebo fyzických cvičení a drilu, a večer se vězni ještě zapojovali do výchovných činností; v jiných programech více než práce převládaly rehabilitační aktivity.

Do programů ve všech 26 jurisdikcích byly zařazeny některé druhy zacházení se závislými vězni nebo vzdělávání v tomto směru. 30 % z nich poskytovalo pouze zmíněné vzdělávání, zatímco 76 % obsahovalo zacházení nebo kombinaci léčení se vzdělávacími aktivitami.

Doba strávená v drogových programech (léčení a/nebo výchova) se výrazně liší. Např. Floridský program věnoval problematice zacházení a vzdělávání pouze 15 dnů, zatímco newyorský program 180 dnů zacházení. V 38% programů se vězni podrobili léčení nebo vzdělávání méně než 50 dnů; 20% pak 50 až 99 dnů a 23% více než 100 dnů. V rámci 62% šokových programů byly prováděny zkoušky moči; někde jejich realizace pokračovala i ve společenství.

Obecně, pokud jde o délku poskytované výchovy v rámci šokových programů, ta trvala v průměru 111 dnů, zatímco poskytnuté léčení v průměru 116 dnů.

Způsoby zacházení s vězni - toxikomany se lišily. Kupř. v rámci neworského programu fungovala terapeutická komunita, jejíž členové se denně setkávali, řešili své problémy a diskutovali dosažený pokrok. Kromě toho, vězni se věnovali asi 200 hodin během šestiměsíčního programu aktivitám v rámci *Alcohol and Substance Abuse Treatment (ASAT)*. Toto zacházení vychází z principu modelů *Alcoholics Anonymous (AA)* a *Narcotic Anonymous (NA)*, a sestává zejména ze vzdělávacích aktivit k problematice užívání drog a poradenství.

Illinoiský program se také zaměřuje na toxikomany. Na rozdíl od neworského programu poradci vyhodnocují pachatele, a úroveň poskytnutého protidrogového vzdělávání a léčení přizpůsobuje závažnosti drogových problémů chovanců. V Illinoiské „šokové vazbě„ existují tři takové úrovně. V rámci první probíhají dva týdny vzdělávání (ještě se nezná drogová minulost vězně). Druhá úroveň trvá 4 týdny a jedná se vedle poskytnutí výchovy v oblasti drog i o léčení (zahrnuje vězně označené za pravděpodobné uživatele drog). Základ práce

tvorí skupinová terapie. Chovanci třetí úrovně jsou považováni za toxikomany. Dostává se jim protidrogová výchova a 10týdenní zacházení (skupinová terapie zahrnuje problematiku podpory ze strany rodiny, toxikomanů v rodině, role jednotlivých rodinných příslušníků, skoncování s drogami a jiná témata).

V rámci texaského programu se všichni jeho účastníci podrobují přibližně pětítýdenní výchově v oblasti drog. Během té doby se jim také může dostat poradenství. Funguje zde i čtyřtýdenní skupinová terapie (12 pachatelů na 1 poradce), která se zaměřuje na sociální hodnoty, sebeúctu, sebeocení, komunikační dovednosti, rodinné systémy, stanovení si cílů. Závislí vězni se také mohou obrátit na individuálního poradce nebo se zapojit do 12 stupňového programu. Do těchto aktivit se vězni zapojují výhradně dobrovolně.

Respondenti byli požádáni, aby se vyjádřili k jedenácti cílům programu podle pořadí důležitosti, kterou jim přikládají. Nejčastěji zmiňovanými cíli byly rehabilitace (69% ji považovalo za velmi důležitou) a snížení recidivy (pro 58% velmi důležité). Za méně důležité byly považovány cíle týkající se bezpečí ve věznicích, snížení jejich přeplněnosti (pro 35% velmi důležité) a odstrašení (pro 31 % velmi důležité). Za velmi důležitý cíl žádný respondent neuvedl „trest“. Z rehabilitačních cílů za velmi důležité byly označeny protidrogové léčení (59%), vzdělávání k problematice drog (54%) a nácvik pracovních dovedností (50%).

Zkoumání měř recidivy bylo hlavním cílem studií zjišťujících účinnost šokových programů. Nebyly zjištěny žádné rozdíly, pokud jde o recidivní chování těch, kteří ukončili pobyt v „boot camps“, a v jiných vězeňských zařízeních (recidivou bylo míněno nové uvalení vazby, návrat do věznice nebo opětovné odsouzení). Jistou výjimku tvoří louisianský program, kde se vězni po podmíněčném propuštění podrobili intenzivnímu dohledu ve společenství, který sehrál pozitivní úlohu v nápravě propuštěných; pokud jde o recidivní chování, nejčastěji selhali mladí pachatelé s pestrou kriminální minulostí.

Co z hodnocení šokových programů jasně plyne, je fakt, že „boot camps“, nejsou jednotným fenoménem. Výrazně se mezi sebou liší cíli, aktivitami a postpenitenciární péčí. Je jasné, že tyto odlišnosti mají dopad na úspěšnost programů v souvislosti s omezováním užívání drog a kriminálními aktivitami pachatelů, kteří ukončí program. Problematicky se poněkud jeví struktura a disciplína vyžadovaná programy. Je totiž otázkou, jestli program, tak jak je strukturován, spolu s přehnanou disciplínou může dát vězni tolik, aby mohli úspěšně konfrontovat problémy, které je zejména přivedly k trestné činnosti (což zvýšeně platí pro drogově závislé vězně). Jestliže komponenta protidrogového léčení není vtělena do rozvrhu denních aktivit, pachatelé se vrátí do společenství, aniž by na svých problémech s drogami pracovali.

Jedním z problémů se ukázala délka trvání programů. Všeobecně se má za to, že drogové programy musí být dlouhé (zbavit se drogové závislosti trvá dlouho). Programy v „boot camps“, jsou relativně krátké, a proto je velmi důležité, aby se vězňům dostalo určitého zacházení i po jejich propuštění. Protidrogovou léčbu některé šokové programy nepovažují za svůj cíl (ne všichni vězni jsou totiž závislími). Bylo by však s podivem, kdyby řada vězňů v táborech nebyla závislá na drogách, což potvrzuje i velký počet pozitivních zkoušek moči a rostoucí počet těch, kteří užívají drogy při nástupu do vězení. Proto by měly být programy rozšířeny i o tento aspekt. S ohledem na relativní krátkost doby strávené vězni v „boot - camps“, někteří autoři konstatují, že by nebylo z hlediska terapeutického a z hlediska vynakládaných nákladů moudré program zahájit a neukončit. Navrhují proto, zaměřit se v „boot camps“, na výchovu vězňů a léčbu odložit na dobu po jejich propuštění. Na druhé straně, pokud si některé programy zařadily jako svůj cíl mj. i protidrogové léčení, musí se dostat času

na naplnění tohoto cíle nebo je třeba zvážit přeřazení vězně, aby nebylo zapotřebí léčení zahájené v rámci programu přerušovat propuštěním na svobodu.

Hodnocení programů zacházení se závislými vězni v „*boot - camps*„ dále ukazují, že se příliš neví o tom, nakolik jsou šokové programy vhodné pro tuto kategorii vězňů. Kromě toho, že se příliš neví o vlivu struktury a kázně na úspěšnost programu, existují i další diskutabilní otázky: Mělo by být léčení zahájeno v průběhu výkonu trestu, a pokud ano, jak dlouho by mělo trvat? Jak zkoordinovat přechod z léčení ústavního (v nápravných zařízeních) na léčení ve společenství, aby nedošlo k jeho přerušování? Jaký typ programu je neúčinnější a pro kterou kategorii vězňů? Jaký typ postpenitenciární péče je neúčinnější v souvislosti s omezováním užívání drog a kriminálního chování těch, kteří jsou propuštěni z „*boot - camps*„?

Programy určené závislým ženám

Atwood Hall Drug Abuse Program

Jedná se o tradiční program 12 kroků určený závislým ženám. Zneužívání drog je považováno za nemoc, která vede k fyzickému úpadku a emoční nestabilitě. Program zdůrazňuje skupinovou terapii s velkým počtem žen pracujících; zahrnuje aspekt zřeknutí se drog, uzdravení se a prevence recidivy, a posilování kognitivních dovedností zvládnutí problému drog. Funguje také skupinová terapie s malým počtem žen, kde se jim minimálně hodinu týdně dostává individuální poradenství. Nadto je poskytován vzdělávací výcvik nebo výcvik související se zaměstnáním a poradenství ze strany vrstevníků.

Ženy zařazené do programu jsou ubytovány odděleně od ostatních. Denně stráví 10 a půl hodin programovými aktivitami. Stravují se a volný čas tráví s ostatními vězni, výcvik se odehrává mimo prostory určené pro realizaci programu. Během programu se provádí analýzy moči.

Program trvá 12 měsíců a 6 měsíců pokračuje v rámci dohledu postpenitenciární péče. Je do něho zařazeno 150 chovanců, o které se stará dvanáctičlenný personál. Pro zařazení do programu jsou stanovena následující kritéria: vyhovuje klinickým kritériům určeným škálou na inventáři *Inventory of Substance Use Problems*; 20 - 25 měsíců do propuštění z výkonu trestu; žádné důležité právní záležitosti, které by se dostaly do rozporu s pobytem v „*halfway house*„ (domov napůl cesty) po propuštění; žádné závažné lékařské, psychiatrické nebo psychologické problémy a žádná závažná násilná přestoupení zákona během posledních dvanácti měsíců. Ženy splňující tato kritéria jsou náhodně vybrány ze seznamu odsouzených osob na základě dobrovolnosti.

Programy ve státních věznicích

Program **Passages** probíhá ve vězení ve Wisconsinu. V tomto zařízení probíhá řada protidrogových programů, jejichž cílem je poskytnout kontinuum služeb počínaje výchovou a konče programy založenými na činnosti terapeutické komunity v trvání šesti měsíců nebo déle konče.

Program pro závislé ženy byl zahájen v roce 1988 jako projev netradičních metod zacházení s vězni. Ženy jsou zde chápány jako oběti - zneužívající a zneužívané - které si nevěří, že jsou schopny změnit svůj život. Passage program trvá 8 hodin denně, 5 dní v týdnu po dobu 12-ti týdnů, a probíhá odděleně ve *Women's Correctional Center*. Jsou do něho zařazeny ženy, které představují nejmenší riziko bez ohledu na spáchaný trestný čin a které

mají problémy se závislostí. Personál tvoří jeden dohlížitel a tři poradci - všichni vyléčení toxikomané.

Program probíhá ve třech fázích. První fáze vychází z modelu 12 kroků, včetně vyhodnocení zneužívání drog a trestné činnosti, odpovědnosti za svá rozhodnutí a chování, recidivy a životních hodnot. Ve druhé fázi se důraz přesouvá z léčení na rozvoj dovedností, posouzení osobnosti a vztahu k druhým. Ve třetí fázi si ženy dále zdokonalují své dovednosti.

V některých skupinách se od klientek očekává, že zaujmou vedoucí role; v jiných sehrávají různé role, učí se asertivitě, řešení konfliktů, komunikaci a jiné dovednosti.

Do programu **California Institute for Women** je zařazeno asi 340 závislých žen (do tří kohort) a léčení trvá čtyři měsíce. Podmínky přijetí do programu jsou podobné jako u programu Passage s tím, že ženy musí mít 4 měsíce do ukončení výkonu trestu. První měsíc probíhající v malých skupinách obsahuje vzdělávání v oblasti drog; model 12 kroků a individuální poradenství. V následujících třech měsících výchovu nahrazuje nácvik potlačení agrese a diskuse o prevenci zneužívání drog. Po zmíněných čtyřech měsících probíhá 6 měsíců postpenitenciární péče ve společenství.

Stay'n Out Program realizovaný od roku 1977 v New York City je podobný programům realizovaným v rámci ústavního léčení ve společenství. Program začíná vysoce strukturovanými aktivitami a pak dává závislým ženám poté, co prokáží, že jsou na to připraveny, větší prostor pro samostatné rozhodování a odpovědnost. Personál sestává zejména z bývalých toxikomanů. Terapeutické skupiny jsou důležitou složkou programu, konají se 2x týdně. Stay'n Out Program obvykle trvá 6 - 9 měsíců.

Projekt Deciding, Educating, Understanding, Counseling and Evaluation (DEUCE) zahrnuje 80 žen, které se do něho zapojují dobrovolně a trvá tři měsíce. Program DEUCE je charakterizován jako dvoukolejný program - jednak se orientuje na zásahy, co se zneužívání drog a prevence týče; jednak na zvýšení klientovy průceschopnosti. Program probíhá ve čtyřech fázích. Pro závislé ženy, které jsou zařazeny do programu, je účast v něm povinná.

V Santa Clara probíhají ambulantní programy určené pro toxikomanky, které jsou obviněny nebo odsouzeny pro drogové delikty. Účast v nich je dobrovolná nebo na základě rozhodnutí soudce. Programy nahrazují výkon trestu o.s. Ženy se musí programu podrobit alespoň po dobu tří měsíců.

Shrneme - li popsané programy, je patrné, že jsou podobně strukturovány a využívají stejné strategie:

- 2) Závislé ženy žijí odděleně od ostatních ženských vězňů, ale některé společné aktivity mohou s nimi realizovat.
- 3) Obvykle probíhají na dobrovolné bázi a důležité je, že za zapojení se do programu jim nejsou slibovány žádné výhody.
- 4) Závislé ženy musí pro přijetí splňovat určitá kritéria (např. musí být silnými toxikomankami, nesmí trpět závažnými psychickými poruchami, z právního hlediska jim nesmí nic bránit v léčení, musí mít dostatek času k ukončení programu, apod.).
- 5) Náhodně jsou prováděny kontroly moči.
- 6) Programy jsou obvykle strukturovány do několika fází s obdobnou náplní.

7) Při léčení jsou využity různé strategie, včetně individuálního a skupinového poradenství, přednášek, aktivit terapeutické komunity, filmů a dalších činností.

Odlišujícím znakem těchto programů protidrogového léčení určených závislým ženám je, že jsou specificky vypracovávány pro ženy a že se pokoušejí uspokojovat jejich specifické potřeby.

LITERATURA

- Berggren, Olov-Swärd Henrik: The Österaker Project. A Further follow-up of the drug misuser treatment programme at Österaker prison. Swedish Prison and Probation Administration, Norrköping 1990, 19 s.
- de Bree, Joep K.H.-van den Hurk Arie: The Functioning Drug Free Units in Dutch Prisons. Assen/Utrecht 1998, 7 s.
- Carlie, Michael K.-Minor Kevin I.: Prisons around the world. New York, Wm. C. Brown Publisher 1992
- Conference Report: Drugs in Prison. Prison Service Journal, 112/1997, s.15-17
- Černíková, Vratislava-Kašparová, Zdena-Štablová, Renata: K problematice zacházení s drogově závislými v ústavech pro výkon trestu. České vězeňství 4/1993, s.25-28
- Ethical and Organisational Aspects of Health Care in Prison. Recommendation of Council of Europe R(98)7
- Evaluation of Prison Drug Treatment and Rehabilitation Services Executive Report. PDM Consulting Ltd., London 1998, 12 s.
- Gilchrist, Gail-Hoolze, Alister: Drugs and Alcohol Prevalence and Needs Assessment in HMP Greenock. Scottish Prison Service Occasional Paper No 3, Edinburg 1997, 64 s.
- Inciardi, James, A.: Drug Treatment and Criminal Justice. Sage Publications, London 1993, 271 s.
- Inciardi, James A.: Trestní spravedlnost. Victoria Publishing, a.s., Praha 1994, 796 s.
- Jellinek Quarterly, 3/1997

- Kimmet, Edgar-O'Donnell, Ian: Mandatory Drug Testing in Prisons-an Evaluation. Home Office Research and Statistics Directorate, London 1998, 14 s.
- Layton Mac Kenzie, Doris-Uchida, Craig,D.: Drugs and Crime. Sage Publications, London 1994, 316 s.
- Libby, Joyce: Paper to the 1996 Conference of the Institute for the Study and Treatment of Delinquency
- Loucks, Nancy-Spencer, Emma: Research into Drugs and Alcohol, Violence and Bullying, Suicides and Self-Injury, and Backgrounds of Abuse. Scottish Prison Service Occasional Papers, Report No.1/98, Edinburg 1998, 193 s.
- Mezinárodní seminář o zacházení se specifickými skupinami odsouzených, Kroměříž 8.-12.6.1998. České vězeňství 3-4, 1998, s.7-72
- Prison Reform Trust: Drug Use in Prison. Xerox kopie. 1996, 9s.
- Scholz, W.: Ochranná liečba počas výkonu trestu odňatia slobody. Alkoholizmus a drogové závislosti 5/1996,s.289-292
- Shewan, David-Macpherson, Sandy-Reid, Margaret-Davies, John B.: Evaluation of the Saughton Drug Reduction Programme.Scottish Prison Service,Central Research Unit, Edinburg 1994, 136 s.

4. Závěr

Drogová problematika v českých věznicích byla podchycena překvapivě brzo a je jí průběžně věnována značná pozornost. Je relativně brzo reagováno na stále probíhající změny v jejím charakteru. Základní zaměření státní protidrogové politiky je Vězeňskou službou ihned rozpracováváno do vlastních souborů protidrogových opatření. Vězeňská služba často přichází i s vlastními návrhy na nová opatření: např. již několik let je prováděno monitorování drogové závislosti vězňů, ve věznici Rýnovice je připravován výkon protitoxikomanického léčení uloženého drogově závislým vězňům soudem přímo v průběhu výkonu trestu, je budována komunita pro závislé vězně ve věznici Bělušice atd.

Ke zvyšování účinnosti existujících opatření i hledání nových přispívají i výzkumná šetření drogově závislých vězňů, prováděná v českých věznicích s přestávkami již dlouhá léta. Na tato šetření a výzkumy navázal v roce 1999 i námi realizovaný výzkum toxikomanické scény vězňenské kriminální populace.

Jeho výsledky lze shrnout takto:

1. Zkušenosti s drogou má dle našeho odhadu cca 40 % z celkového počtu vězňenských osob, přičemž drogy byly v jejich životě výrazným kriminogenním faktorem.
2. Nejvyšší nárůst závislosti je pozorován ve skupině mladistvých a skupině žen. U mladistvých delikventů je drogová závislost také nejvíce manifestována.
3. V časovém srovnání s výsledky výzkumů realizovaných zhruba před dvaceti lety lze zvýraznit nové trendy projevující se především častějším užíváním klasických drog (dříve spíše náhražek).
4. Drogy do věznic běžně pronikají a více či méně pravidelně se k nim dostává asi 20-30 % vězňenských osob.
5. Motivace zneužívání drog se výrazně liší mezi mladistvými a ostatními skupinami vězňů. Liší se i přístup k drogám těch, kteří mají zkušenost s drogovou závislostí a ostatních vězňů.
6. Hlavními způsoby průniku drog do vězení jsou, jak vyplynulo z výzkumu: a) předávání drog vězňům blíže nespecifikovanými „zaměstnanci“, (jak plyne z jiných výzkumů především mimovězeňskými zaměstnanci na společných pracovištích s vězni, méně pracovníky Vězeňské služby přímo ve věznicích), b) dodávky „z venku“, (balíčky, návštěvy). Významným zdrojem drog užívaných vězňenskými osobami zůstává zneužívání léčiv předepsaných vězňům lékaři.

Uskutečněný penologický výzkum si v žádném ohledu nečiní nároky na úplnost.

Také

proto, že byl proveden jen ve věznicích a základní poznatky byly získány především zpracováním dotazníků, které správně vyplnilo 436 odsouzených vězňů. Stal se tak spíše sondou do drogové problematiky ve věznicích. Přesto se domníváme, že byly získány relevantní údaje, které poskytují základní orientaci v problematice. Lze to potvrdit i srovnáním s výsledky dalších výzkumů zde citovaných.

V blízké budoucnosti dr. Sochůrek plánuje provést obdobný výzkum ve vazebních věznicích.

Způsoby zacházení s drogově závislými vězni jsou i v zahraničí centrem pozornosti vězeňských orgánů. Jen v některých zemích je síť služeb pro drogově závislé lépe rozvinuta než v ČR. V takových zemích jsou uplatňované protidrogové strategie a programy

realizovány dostatečným množstvím odborníků - speciálně k této problematice vyškoleným personálem. Úspěšnosti protidrogového léčení vězňů v některých zahraničních věznicích také napomáhá podpora vrstevníků vězňů – toxikomanů nebo zapojení bývalých vězňů, kteří měli v minulosti zkušenost s drogou, do léčebných programů. Léčebné programy jsou často výsledkem výzkumů nebo mnohé výzkumy realizované ve věznicích zkoumají účinnost uplatňovaných protidrogových programů. Také v této oblasti ČR příliš nezaostává. Přesto mnohé méně obvyklé zahraniční projekty a programy by mohly být experimentálně užity i v českých podmínkách. Zatím nerealizovatelné jsou u nás alternativní tresty pro toxikomany-pachatele méně závažných trestných činů, které by takové osoby vykonávaly ve speciálních zařízeních mimo vězeňský systém nebo v dalších zařízeních či doma pod odborným dohledem k tomu určených pracovníků. Také užití jiných speciálních protitoxikomanických opatření (než jsou zákonem stanovené tresty) vůči kriminálním toxikomanům se u nás dosud neprojektuje. Doufáme, že ve studii popsané zahraniční programy mohou k rozšíření nabídky protitoxikomanických opatření významně přispět.

5. RESUME

Studie „ Drogová problematika ve věznicích ČR,, je základním výstupem z penologického výzkumu drogově závislých vězňů a způsobů řešení drogové problematiky ve věznicích ČR v období několika posledních let až do roku 2000.

Studie je členěna do čtyř relativně samostatných celků:

1. V prvním celku – úvodu a první části první kapitoly je obecně pojednáno o problematice drog : o současné drogové scéně v ČR, o trestně právních souvislostech nelegální výroby, držení a distribuce drog a sankcionování tzv. drogové kriminality.
2. Zbytek první kapitoly je věnován mapování drogové problematiky ve věznicích – tj. zařízeních Vězeňské služby, kde jsou vězněny osoby odsouzené k nepodmíněnému trestu odnětí svobody. Je zde podrobně pojednáno o Souboru protidrogových opatření a jeho plnění Vězeňskou službou až do září 2000. Také obsahuje stručný popis ve věznicích uskutečněných výzkumů toxikomanů a jevů souvisejících se zneužíváním drog.
3. Další část studie obsahuje vlastní penologický výzkum drogově závislých vězňů provedený v roce 1999 ve vybraných věznicích ČR. Výzkum byl proveden dr. Sochůrkem modifikovanou verzí dotazníku DROGAN SF-3/K na vzorku vězňů zhruba odpovídajícímu vnější diferenciaci vězňů do kategorií, tedy skupin rozdělených podle pohlaví, věku (mladiství, dospělí), penologické recidivy (prvně vězněni a opakovaně vězněni recidivisté). Celkem bylo zpracováno 436 správně vyplněných dotazníků. Z toho : 93 vyplněných mladistvými chlapci, 98 dospělými muži prvně vězněnými, 137 dospělými muži opakovaně vězněnými – recidivisty a 108 dospělými ženami, z toho 8 opětovně vězněnými ženami. Cíl výzkumu, tj. zmapování současného stavu a trendů vývoje drogové problematiky u vězněné kriminální populace, byl beze zbytku splněn.
4. Poslední část studie obsahuje téměř všechny dostupné informace o způsobech zacházení s drogově závislými vězni v zahraničí, především v okolních evropských zemích, USA a Kanadě. Tato část byla zadána ke zpracování dr. Válkové se záměrem, aby se stala zdrojem poznání, jak je obdobná problematika řešena v cizině, zdrojem podnětů pro hledání dalších možných protidrogových opatření použitelných v podmínkách českých věznic.

6. SUMMARY

The study „Drug Problems in Prisons in the Czech Republic,“ is a basic presentation of a penological research of drug addicted prisoners and the ways of finding out solutions of drug problems in prisons in the Czech Republic during a few last years until 2000.

The study is divided into four relatively independent units:

In the first unit – the introduction and the first part of the first chapter are discussed drug problems in general: contemporary drug scene in the Czech Republic, criminal-law connections of illegal production, holding and distribution of drugs and sanctioning of so called drug criminality.

The rest of the first chapter is dedicated to the finding out the drug problems in prisons – i.e. institutions of Prison service where the imprisoned people who are passed a sentence without suspension of imprisonment. The Complex of anti-drug precautions and its serving by Prison service until September 2000 are discussed in detail. It also comprises brief description of researches of drug-addicts and phenomena connected with drug abuse being accomplished in prisons.

The next part of the study comprises the actual penological research of drug addicted prisoners accomplished in 1999 in selected prisons of the Czech Republic. The research has been accomplished by Dr. Sochůrek by a modified version of the questionnaire DROGAN SF-3/K on the sample of prisoners roughly corresponding with outward differentiation of prisoners to categories, i.e. to groups divided according to sex, age /juvenile, adults/, penological relapses /imprisoned for the first time and repeatedly imprisoned repeated offenders. Altogether there were elaborated 436 correctly filled in questionnaires. The forms were filled in by: 93 juvenile boys, 98 first time imprisoned adult men, 137 repeatedly imprisoned adult men - repeatedly imprisoned repeated offenders, and 108 adult women, 8 of whom were repeatedly imprisoned. The aim of the research, i.e. finding out the contemporary state and trends of development of drug problems at the imprisoned criminal population, was entirely accomplished.

The last part of the study comprises almost all accessible information concerning the ways of treating drug addicted prisoners abroad, particularly in neighbouring European countries, in the USA and Canada. Dr. Válková has been assigned to work on this part in order to establish a source of information concerning methods of solution of the analogous problems abroad, a source of suggestions in respect of looking for other possible anti-drug precautions applicable in the Czech prisons' conditions.

Translation by: Marta Holeková

7. LITERATURA

1. Berggren, Olov-Swärd Henrik: The Österaker Project. A Further follow-up of the drug misuser treatment programme at Österaker prison. Swedish Prison and Probation Administration, Norrköping 1990, 19 s.
2. de Bree, Joep K.H.-van den Hurk Arie: The Functioning Drug Free Units in Dutch Prisons. Assen/Utrecht 1998, 7 s.
3. Carlie, Michael K.-Minor Kevin I.: Prisons around the world. New York, Wm. C. Brown Publisher 1992
4. Conference Report: Drugs in Prison. Prison Service Journal, 112/1997, s.15-17
5. Chmelík, J. a kol.: Drogová kriminalita, Policie ČR, Úřad vyšetřování pro ČR, Praha 1999, s. 26
6. Černíková, Vratislava-Kašparová, Zdena-Štablová, Renata: K problematice zacházení s drogově závislými v ústavech pro výkon trestu. České vězeňství 4/1993, s.25-28
7. Černíková, V.: Drogová scéna v českých věznicích, České vězeňství, č. 3-4/98, s. 51-54
8. Delivery of heroin in a Swiss prison. A project of the Swiss Federal Office of Public Health, s. 1
9. Drtil, J.: Zkušenosti z 35 let zacházení s toxikomany v českých věznicích, České vězeňství, 3-4/98, s.57-61
10. Ethical and Organisational Aspects of Health Care in Prison. Recommendation of Council of Europe R(98)7
11. Evaluation of Prison Drug Treatment and Rehabilitation Services Executive Report. PDM Consulting Ltd., London 1998, 12 s.
12. Gilchrist, Gail-Hoolze, Alister: Drugs and Alcohol Prevalence and Needs Assessment in HMP Greenock. Scottish Prison Service Occasional Paper No 3, Edinburgh 1997, 64 s.
13. Havrlentová, D.: Osobnost' odsouzeného toxikomana, disertační práce, Filosofická fakulta University Komenského, Bratislava, 1997, 150 s. a přílohy
14. Inciardi, James,A.: Drug Treatment and Criminal Justice. Sage Publications, London 1993, 271 s.
15. Inciardi, James A.: Trestní spravedlnost. Victoria Publishing, a.s., Praha 1994, 796 s.
16. Jellinek Quarterly, 3/1997
17. Kimmet, Edgar-O'Donnell, Ian: Mandatory Drug Testing in Prisons-an Evaluation. Home Office Research and Statistics Directorate, London 1998, 14 s.
18. Kučera,J.: Protivníků stále přibývá, Ekonom, 48/1999 , s.60
19. Kučera, J.: Deset let v drogách, Ekonom, 48/1999, s. 62
20. Layton Mac Kenzie, Doris-Uchida, Craig,D.: Drugs and Crime. Sage Publications, London 1994, 316 s.
21. Libby, Joyce: Paper to the 1996 Conference of the Institute for the Study and Treatment of Delinquency
22. Loucks, Nancy-Spencer, Emma: Research into Drugs and Alcohol, Violence and Bullying, Suicides and Self-Injury, and Backgrounds of Abuse. Scottish Prison Service Occasional Papers, Report No.1/98, Edinburgh 1998, 193 s.
23. Mezinárodní seminář o zacházení se specifickými skupinami odsouzených, Kroměříž 8.-12.6.1998. České vězeňství 3-4, 1998, s.7-72
24. Nečada, V.: Přehled novel trestních kodexů v období od listopadu 1989 do konce roku 1999, IKSP, Praha, 2000, s. 64 – 64

25. Nejvyšší státní zastupitelství : Zvláštní zpráva o poznatcích k aplikaci novely trestního zákona č. 112/1998 Sb., zejména nové skutkové podstaty trestného činu podle § 187a tr.zák. s. 2
26. Nožina, M.: Svět drog v Čechách, KLP, Praha, 1997
27. Trávníčková, I.: Pohled na zneužívání drog v České republice, Policista, 7/1998, Příloha, s.I-V.
28. Plnění úkolů vyplývajících z resortní strategie sociální prevence, Aktuální informace VS ČR, 1/1998, s.4
29. Prison Reform Trust: Drug Use in Prison. Xerox kopie. 1996, 9s.
30. Scholz, W.: Ochranná léčba počas výkonu trestu odňatia slobody. Alkoholizmus a drogové závislosti 5/1996,s.289-292
31. Shewan, David-Macpherson, Sandy-Reid, Margaret-Davies, John B.: Evaluation of the Saughton Drug Reduction Programme.Scotish Prison Service,Central Research Unit, Edinburg 1994, 136 s.
32. Screening drog ve Vězeňské službě (záznam výsledků v 1.čtvrtletí roku 2000), České vězeňství, 2/2000, s. 60
33. Vobora, A.: Zdravotní péče o specifické skupiny vězňů v ČR, České vězeňství, 3-4/98, s.13-14
34. Zpráva o bezpečnostní situaci v roce 1999 publikovaná na internetu v roce 2000 : (srov. www.mvcr.cz/dokumenty/bezp-si99/cinnost.html)

Drogová problematika ve věznicích ČR a některých zahraničních věznicích

Autoři: PhDr. Alena Marešová
 PhDr. Jan Sochůrek
 PhDr. Jana Válková
Vydavatel: Institut pro kriminologii a sociální prevenci
Určeno: Pro odbornou veřejnost
Tiskárna: Vydavatelství Kufr - František Kurzweil
 Naskové 3, Praha 5
Dáno do tisku: září 2000
Vydání: první
Náklad: 170 výtisků

www.kriminologie.cz

ISBN 80-86008-84-3