

Význam soudní psychiatrie v bezpečnostní praxi

Importance of forensic psychiatry in security practice

Marián Vycudilík

Bakalářská práce
2011

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta aplikované informatiky

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta aplikované informatiky
akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Marián VYCUDILÍK**
Osobní číslo: **A08148**
Studijní program: **B 3902 Inženýrská informatika**
Studijní obor: **Bezpečnostní technologie, systémy a management**

Téma práce: **Význam soudní psychiatrie v bezpečnostní praxi**

Zásady pro vypracování:

1. Zpracujte manuál pro základní orientaci v soudní psychiatrii pro právně - bezpečnostní obory.
2. Popište problém soudní psychiatrie pro praktické použití v průmyslu komerční bezpečnosti.
3. Uvedte význam soudní psychiatrie a příklady současné praxe.
4. Popište vztah soudní psychiatrie a kriminalistiky.
5. Popište vztah soudní psychiatrie a trestního práva.
6. Provedte analýzu problému a závěr.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. PAVLOVSKÝ, Pavel . Soudní psychiatrie pro právníky. Praha : Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010. 79 s. ISBN 978-80-87146-36-1.
2. BRICHČÍN, Siavoj ; KALVACH, Zdeněk . Soudní psychiatrie a sexuologie pro policisty. Praha : Policejní akademie České republiky, 2003. 125 s. ISBN 80-7251-129-7.
3. DUFEK, Miroslav. Soudní psychiatrie pro právníky a lékaře. Praha : Orbis, 1976. 272 s.
4. BAŠTECKÝ, Jaroslav. Psychiatrie, právo a společnost. Praha : Galén, 1997. 218 s. ISBN 80-85824-45-0.
5. PAVLOVSKÝ, Pavel . Soudní psychiatrie a psychologie. 3.vyd. Praha : Grada, 2009. 226 s. ISBN 978-80-247-2618-2.
6. LAUCKÝ, Vladimír. Technologie komerční bezpečnosti I. Zlín : Univerzita Tomáše Bati, 2010. 81 s. ISBN 978-80-7318-889-4.
7. LAUCKÝ, Vladimír. Technologie komerční bezpečnosti II. Zlín : Univerzita Tomáše Bati, 2007. 123 s. ISBN 978-80-7318-631-9.
8. LAUCKÝ, Vladimír. Řízení technologických procesů v PKB. Zlín : Univerzita Tomáše Bati, 2005. 101 s. ISBN 80-7318-329-3.

Vedoucí bakalářské práce:

JUDr. Vladimír Laucký

Ústav bezpečnostního inženýrství

Datum zadání bakalářské práce:

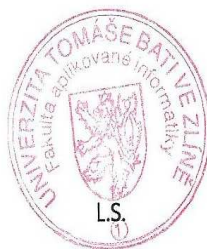
25. února 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

23. května 2011

Ve Zlíně dne 25. února 2011

prof. Ing. Vladimír Vašek, CSc.
děkan



doc. Mgr. Milan Adámek, Ph.D.
ředitel ústavu

ABSTRAKT

Abstrakt česky

Předmětem bakalářské práce je snaha popsat vztah soudní psychiatrie s bezpečnostní praxí. A to z hlediska přínosu soudní psychiatrie pro právně-bezpečnostní obory jako jsou kriminalistika či trestní právo a naopak. Práci jsem se snažil koncipovat spíše jako skriptum pro předmět TKB II., který vedoucí práce vyučuje. Myslím si, že se jedná o vhodný doplněk pro rozšíření požadovaných znalostí z této problematiky.

Klíčová slova: soudní psychiatrie, duševní porucha, obecná psychopatologie, speciální psychopatologie, kriminalistika, trestní právo.

ABSTRACT

Abstrakt ve světovém jazyce

In my bachelor thesis, I tried to describe relationship of forensic psychiatry with security practice. I attempt to describe contribution of forensic psychiatry for specialization as criminologist or criminal law, and vice versa. I tried to write this thesis more like as a textbook to subject TKB II., who my leader thesis teaches. I think, this is a useful supplement to extend the required knowledge of the issue.

Keywords: forensic psychiatry, mental disorders, general psychopathology, specific psychopathology, criminalistics, criminal law.

Poděkování, motto:

Poděkovat bych chtěl vedoucímu bakalářské práce panu JUDr. Vladimíru Lauckému za rady a věcné připomínky, kterých se mi během práce dostávalo. Dále bych chtěl poděkovat rodičům za podporu, jak ve studijním, tak v osobním životě.

Prohlašuji, že

- beru na vědomí, že odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk bakalářské práce bude uložen v příruční knihovně Fakulty aplikované informatiky Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a jeden výtisk bude uložen u vedoucího práce;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – bakalářskou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji,

- že jsem na bakalářské práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
- že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně

.....
podpis diplomanta

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 ÚVOD DO SOUDNÍ PSYCHIATRIE	10
1.1 HISTORIE SOUDNÍ PSYCHIATRIE.....	11
1.2 HISTORIE A PRÁVO	12
1.3 DUŠEVNÍ PORUCHA A JEJÍ VYMEZENÍ.....	13
2 VÝZNAM SOUDNÍ PSYCHIATRIE V BEZPEČNOSTNÍ PRAXI	17
2.1 OBECNÁ PSYCHOPATOLOGIE	17
2.1.1 Poruchy vědomí	17
2.1.2 Poruchy myšlení.....	21
2.1.3 Poruchy vnímání	24
2.1.4 Poruchy emotivity	25
2.1.5 Poruchy jednání a vůle	28
2.1.6 Poruchy paměti.....	29
2.1.7 Poruchy inteligence a intelektu	30
2.1.8 Poruchy pudů	33
2.1.9 Poruchy osobnosti	34
2.2 SPECIÁLNÍ PSYCHOPATOLOGIE	35
2.2.1 Organicky podmíněné poruchy včetně poruch symptomatických	35
2.2.2 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek (F10-F19)	42
2.2.3 Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy (F20-F29)	51
2.2.4 Poruchy nálady – afektivní poruchy (F30-F39)	56
2.2.5 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy (F40-F49)	59
2.2.6 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50-F59)	62
2.2.7 Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60-F69).....	63
2.2.8 Mentální retardace (F70 - F79)	67
3 VZTAH SOUDNÍ PSYCHIATRIE A KRIMINALISTIKY	69
3.1 PODÍL SOUDNÍ PSYCHIATRIE NA BOJI PROTI KRIMINALITĚ.....	70
3.2 PSYCHIATRICKÝ ZNALECKÝ POSUDEK.....	73
3.3 PREVENCE KRIMINALITY	76
4 VZTAH SOUDNÍ PSYCHIATRIE A TRESTNÍHO PRÁVA	78
ZÁVĚR	89
ZÁVĚR V ANGLIČTINĚ	90
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	91
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	93
SEZNAM OBRÁZKŮ	94
SEZNAM TABULEK	95
SEZNAM PŘÍLOH	96

ÚVOD

Znalost lidské psychiky a jejích poruch značně usnadňuje pochopení lidského jednání, jedincova myšlení, emocí apod. Ve společnosti se setkáváme s různými lidmi a mezi nimi je celá řada jedinců trpící duševní poruchou. Tyto poruchy nemusí být na první pohled vidět, jelikož mohou mít různou intenzitu. Při alespoň částečné znalosti psychiatrie, dokážeme alespoň z části předvídat chování těchto jedinců.

Člověk jako laik si nesmí myslet, že psychiatrie se využije pouze za zdmi psychiatrických léčeben. Kliment v jeho skriptech konstatuje, že každý jedinec se jistým způsobem odchyluje od ideální normy. Tato tzv. normalita je velmi tenká a vlastně z mého pohledu ani psychiatři neví, kdo je tak úplně normální. Duševních poruch je nepřeborné množství, vždyť Mezinárodní klasifikace nemocí jich eviduje na 500.

Jak popisuje Dufek, mnohé z těchto poznatků jsou pro člověka důležité proto, aby uměl své psychické zdraví ochránit a dále své psychické schopnosti rozvíjet ku prospěchu sebe či společnosti. Proto se dá v budoucnosti očekávat další významný rozvoj psychiatrie.

Znalost soudní psychiatrie je velmi důležitá pro orgány činné v trestním řízení, neboť je to právě psychiatrie, která poskytuje věcné podklady pro provádění správných kriminalistických postupů. (např. odhad chování pachatele v době trestného činu apod.).

Ve své práci se snažím tyto psychické poruchy nastínit v obecné a speciální psychopatologii. Kdy obecná část se zabývá jednotlivými symptomy duševních poruch jako jsou poruchy inteligence, vnímání, jednání apod. a speciální část se zabývá shluky těchto symptomů do jednotlivých syndromů neboli duševních nemocí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ÚVOD DO SOUDNÍ PSYCHIATRIE

Zařazení soudní psychiatrie jako oboru, není ještě přesně definováno. Někteří autoři uvádějí soudní psychiatrii jako samostatný vědní obor, jiní jako ještě součást svého mateřského oboru – klinické psychiatrie. I bez tohoto nezařazení do určitého “škatulky“ můžeme říct, že soudní psychiatrie je obor, který zkoumá duševní stav osob v době trestních nebo občanskoprávních řízení. Přitom se soudní psychiatrie nezabývá jen diagnostikou a hodnocením psychických poruch pro účely soudní, ale také jejich terapií a prevencí. Soudní psychiatrie vychází z mateřského oboru klinické psychiatrie a tím přebírá určité vztahy. Hlavním úkolem psychiatrie je popisovat, klasifikovat, vykládat, léčit duševní poruchy a předcházet jim. Další úkoly jsou výchova zdravotnického dorostu, organizace léčebné péče, výzkum a posudková činnost. Proto se psychiatrie dostává do styku i s ostatními lékařskými i nelékařskými obory, hlavně tedy se somatickou medicínou, s přírodními vědami, s psychologií, sociologií, pedagogikou, kriminalistikou a jinými.

Samotná soudní psychiatrie se také sblíží s jinými vědami, jejichž předmět se dotýká nebo překrývá s jejím vlastním předmětem. Jde zejména o kriminologii, kriminalistiku, penologii, viktimologii, právní vědy – zejména věda trestního práva a právního procesu.

Můžeme tedy říct s ohledem na vývoj, že soudní psychiatrie má interdisciplinární povahu.

Úkoly soudní psychiatrie jsou četné a rozmanité. Ve skutečnostech významných pro soudní řízení se můžeme setkat s nepřičetností a zmenšenou nepřičetností v trestním právu, v občanském právu často posuzování způsobilosti k právním úkonům, v rodinném právu se posuzuje např. vliv duševních poruch na možnost uzavřít manželství, na rozvrat manželství nebo omezení rodičovských práv.

S rozhodováním o těchto otázkách souvisí i určité úskalí např. někdy je nutnost pozorovat osobu po určitou dobu v zdravotnickém ústavu nebo někdy je zapotřebí vyšetřit duševní stav svědka atd. Můžeme to brát jako úkony, které pronikavě zasahují do osobní svobody takové člověka.

Soudní psychiatrie se dále zabývá podmínkami pro nucené léčebné opatření u osob trpící duševní poruchou. Patří sem především tzv. ochranné léčení podle trestního zákona § 99. V oblasti výkonu trestu je mnoho otázek pro soudní psychiatrii např. problematika umístění a léčení osob se sexuální odchylkou v nápravných ústavech.

Soudní psychiatrie je důležitá pro orgány činné v trestním nebo občanskoprávním řízení nejen tím, že jim předkládá podklady pro věcné rozhodnutí, ale také tím, že je obohacuje znalostmi potřebnými pro účelné provádění vlastních úkonů a kriminalistických postupů. *Příklad:* Vyšetřovatel, který zná základy psychiatrie si všimne okolností nasvědčujících tomu, že trestný čin spáchala osoba s duševní poruchou a včas si k sobě přibere znalce. Dále je znalost soudní psychiatrie užitečná pro interpersonální komunikaci, která vede k vytvoření si správného vztahu mezi vyšetřovatelem a vyslychaným.

Důležitou problematikou je také psychiatrický znalecký posudek, který je popsán v kapitole 3.2. Toto byl hlavní výčet činností soudní psychiatrie a teprve až při tomto komplexním pojetí úkolu soudní psychiatrie lze očekávat její podstatný přínos v oblasti trestního a občanskoprávního řízení. Není tedy správné omezovat soudní psychiatrii pouze na otázky činnosti znalce v soudním řízení. Taková definice by byla příliš jednoduchá. Rovněž se nelze domnívat, že soudní psychiatrie se uplatní pouze v případě těžkých duševních poruch, ale naopak je celá řada duševních poruch projevujících se nenápadným způsobem, které mají v právu svůj význam.

1.1 Historie soudní psychiatrie

Soudní psychiatrie je obor, který převážně vychází z klinické psychiatrie a tak, musíme chápat i její historii. Historie psychiatrie je velmi poučná, jelikož zde docházelo k prudkým střetům různých ideologií. Názory na duševní poruchy byli odvozovány podle stupně poznání přírody a společnosti.

V nejstarších dobách byly vykládány duševní poruchy jako posedlost zlými mocnostmi, d'áblem apod. Léčba duševních poruch probíhala výhradně formou zařikávání nebo náboženských obřadů. Za určitý mezník lze považovat názory Hippokrata¹, který uváděl sídlo duševního života mozek a duševní poruchu nazval za poruchu jeho tělesných šťáv. Další řeční učenci Asklepiad (124-56 př.n.l.) a Soranus² (138-78 př.n.l.) položili už základ odborné terminologii. Zastávali názor povinnosti lékařů léčit duševně nemocného pacienta, což se často odmítalo z důvodu nevléčitelnosti. Ostatně tento názor setrval až do konce 18.stol.

¹ Hippokratés (460-377 př.n.l.), považován za nejslavnějšího lékaře antického středověku a zakladatele medicíny jako vědního oboru.

² Asklepiad (124-56 př.n.l.) a Soranus (138-78 př.n.l.), nepříliš známí řeční učenci, kteří se pokusili o klasifikaci duševních chorob.

Období středověké feudální společnosti se bere v psychiatrii za období temna. Duševní poruchy se stali doménou církevních hodnostářů. V Evropě zvítězil církevní dogmatismus nad rozumovou snahou o poznání světa. Většina duševně nemocných byla upalována na hranici, vězněna a mučena a veškerý vývoj v oblasti psychiatrie byl zavržen. První počátky novodobé psychiatrie se datují do 18. století, kdy dochází k lidštějšímu zacházení s duševně nemocnými a ve velkých městech vznikají ústavy pro duševně nemocné např. Berlín (1728), Dublin (1745), Londýn (1751), Vídeň (1784).

Významný rozvoj psychiatrie nastává s rozvojem kapitalismu. Velkým podílem se na tomto rozvoji zasloužil Phillippe Pinel³ se svými názory, že duševně nemocní nejsou posedlí zlými duchy, ale že jsou nemocní jako jiní lidé. Za zakladatele moderní psychiatrie je považován jeho žák J.E.D. Esquirol⁴.

Na přelomu 19. a 20. století nastává doba mnoha objevů v psychiatrii, především objevením a definováním nových nemocí. Velký vliv měl vědec I.P. Pavlov⁵, který za své fyziologické výzkumy získal Nobelovu cenu (1904). Důležitost jeho objevů byla především v tom, že podložil důkazy o vzájemné jednotě psychických a tělesných projevů. V mezidobí světových válek vznikla celá řada nových léčebných metod - šokové terapie, psychochirurgické zákroky na mozku známé jako lobotomie. Později bylo do těchto metod upuštěno. V posledních desetiletích nastal významný pokrok v psychiatrii a to rozvojem psychofarmak, které mají působit na určité symptomy. Tento stav charakterizuje i dnešní psychiatrii.

1.2 Historie a právo

Není známa doba ani země, kde se začalo s pravidelností uplatňovat odlišných postupů ve stíhání duševně nemocných. Odlišný pohled na pachatele trestných činů s duševní poruchou uvádí například již římské právo⁶, které rozlišuje tři psychiatrické jednotky „furiosi, mente campti, dementes”. Ve středověkém zákoníku *Constitutio criminalis*

³ Phillippe Pinel (20. dubna 1745 - 25. října 1826), považován za zakladatele psychiatrie. V Paříži roku 1793.

⁴ Jean-Etienne Dominique Esquirol (1772-1840), žák Phillippe Pinela, ještě více rozvedl myšlenky svého učitele.

⁵ Ivan Petrovič Pavlov (14. září 1849 – 27. února 1936) ruský fyziolog, psycholog a lékař. V roce 1904 obdržel za své výzkumy Nobelovu cenu za fyziologii a medicínu. [vysvětlení převzato z http://cs.wikipedia.org/wiki/Ivan_Petrovi%C4%8D_Pavlov].

⁶ Římské právo – právní systém, vyvinutý ve Starověké římské říši, Psaná podoba se datuje od roku 449 př.n.l

Carolina⁷ z doby vlády Karla V., se zavádí trest podle rady znalců pro pachatele „zbavených rozumu“. Hrdelní řád⁸ Josefa I. zprošťuje viny pachatele úplně zbavené rozumu a pachatele zbavené rozumu jen částečně. V trestním zákoníku Constitutio criminalis Theresiana⁹ byly doplněny poruchy, které podmiňovaly beztrestnost nebo mírnější trest. Byly to např. těžká opilost, těžké afekty, náměsícnictví apod. podle zákoníku takto postižení jedinci „postrádali rozumu a vůle a nebyli tudíž způsobilí ke zločinu“. V Rakouském občanském zákoníku (1811) se uvádí (podle cit. Chodury): „*za šíleného nebo blbého lze mít jen toho, kdo byl za takového soudně prohlášen po vyšetření jeho chování a vyslechnutí lékařů soudem k tomu povolaných*“.¹⁰ Zbavení trestní odpovědnosti vytvářel nový jev „nebezpečného jedince na svobodě“. Proto majetní jedinci byli izolováni na svých panstvích, střední vrstvy v soukromých blázincích a nemajetní v obecních špitálech.

Ve 20. stol. dochází k plnému rozvoji soudní psychiatrie. Vzniká institut soudních znalců, jsou stanoveny povinnosti a jsou vymezovány jejich práva. V současné době platí zákon č. 36/1967 Sb. o znalcích a tlumočnících, který byl několikrát novelizován. Znalci z oboru psychiatrie jsou registrováni a jmenováni krajskými soudy a uvedeni v celostátním seznamu. Dále se řídíme podle trestního zákoníku 40/2009 Sb. a Trestního řádu 141/1961, který byl opět mnohokrát novelizován.

1.3 Duševní porucha a její vymezení

Na psychickou poruchu či psychickou nebo duševní nemoc různě nahlíží lékař – psychiatr, sociolog i právník. Zde jsou jednotlivé definice podle oborů.

Definice z pohledu světové zdravotnické organizace zní: „*Duševní porucha je nejobecnější pojem, který naznačuje zřetelnou odchylku od běžné normy, respektive od stavu zdraví, kterým se rozumí stav úplné duševní a sociální pohody. Zjevná duševní porucha je natolik specifická v klinických projevech, že je rozpoznatelná podle vhodně definovaných znaků a*

⁷ Constitutio criminalis Carolina byl to trestní řád, resp. zákoník s platností pro Svatou říši římskou. Vydán císařem Karlem V. v roce 1532. [vysvětlení převzato z http://cs.wikipedia.org/wiki/Constitutio_criminalis_Carolina].

⁸ Constitutio criminalis Josephina – hrdelní řád Josefa I., vydán v roce 1707.

⁹ Constitutio criminalis Theresiana – trestní řád z roku 1768, navazoval na trestní právo rakouské.

¹⁰ PAVLOVSKÝ, Pavel. *Soudní psychiatrie a psychologie*. vyd.1. Praha : Grada, 2001. 184 s. ISBN 80-247-0181-2

*natolik závažná, že způsobuje ztrátu pracovní schopnosti nebo sociální kapacity nebo obojí, a to v takové míře, že může být vyjádřena neschopností práce nebo neschopností při právních či jiných sociálních činnostech.*¹¹

Z hlediska sociologie je duševní porucha (cit. dle Bašteckého) brána jako určitá úchylka. Důvodem pro toto chápání je společenská nežádoucnost nemoci a odchýlení se nemocného od chování, které se od něj společnost očekává. Nemoc je odchylkou v plnění obvyklých společenských úloh a rolí, podobně jako z hlediska zákonných norem je trestným činem sexuální deviace. Dále Baštecký dodává: „*Duševní nemoc má mezi dalšími společenskými deviacemi zvláštní postavení, neboť není následována negativními sankcemi, srovnatelnými s trestem za trestný čin nebo morálním odsouzením za přestupek proti slušnosti nebo víry.*”¹²

Z důvodu je nemoc nežádoucím jevem pro společnost, vytvořila se historickým vývojem zvláštní role pro postižené jedince, která je popsána sociologem Parsonem (1965) a rozpracována Freidersonem (1970)¹³. Podle nich má role nemocného čtyři charakteristické rysy:

1. Nemocný je považován za nezodpovědného za vznik svého stavu a za neschopného odstranit ho svou vůlí.
2. Nemocný je zproštěn svých dosavadních povinností.
3. Nemocný je povinen dávat najevo vědomí nežádoucnosti svého stavu a jeho přechodnosti.
4. Nemocný je povinen vyhledat odborníky a spolupracovat s nimi, nedojde-li ke spontánní úpravě stavu.[12]

První dva body vyjadřují spíše výsady nemocného, další mají ráz povinností, které podmiňují přiznání úlev a mají tedy i sankční charakter.

¹¹ PAVLOVSKÝ, Pavel . *Soudní psychiatrie pro právníky*. vyd.2. Praha : Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010. 80 s. ISBN 978-80-87146-36-1.

¹² BAŠTECKÝ, Jaroslav. *Psychiatrie, právo a společnost : Postavení duševně nemocného ve společnosti a v právních předpisech*. vyd.1. Praha : Galén, 1997. 218 s. ISBN 80-85824-45-0.

¹³ Parsonem a Freidersonem - sociologové, vytvořili zvláštní role pro postižené jedince.

Další pohled na duševní nemoc je z pohledu trestního zákoníku. Podle platného zákoníku (zákoník č. 40/2009 Sb.) se dle §123 rozumí duševní poruchou „ *mimo duševní poruchy vyplývající z duševní nemoci i hluboká porucha vědomí, mentální retardace, těžká asociální porucha osobnosti nebo jiná těžká duševní nebo sexuální odchylka* “. ¹⁴

Můžeme si povšimnout, že tyto definice z různých hledisek nejsou identické a nabízejí tedy odchylné výklady z hlediska lékařského tak právního. Pod pojmem psychická porucha si teda můžeme představit pestrou škálu duševních odchylek, které se dříve rozlišovaly (do roku 1993) na psychické choroby, psychické chorobné stavy a přechodné psychické poruchy.

K psychickým chorobám patřili choroby, které měly svůj počátek, průběh a vyústění (uzdravení, přechod do chronicity nebo smrt) – můžeme zde mluvit o velké dynamice. Patřili sem poruchy jako senilní demence, psychózy – např. maniodepresivní, schizofrenie aj.

K psychickým chorobným stavům se naopak řadili stavy, které byly relativně stále a nebyly tak dynamické. Dynamika se odvíjela od vývoje jedince, jeho dospívání, zralosti a stárnutí. Patřili sem trvalá povahová odchylka od normy jako mentální retardace (dříve oligofrenie) nebo různé druhy psychopatií.

Do poslední skupiny přechodné psychické poruchy byly řazeny poruchy spojené především s poruchami vědomí, které se objevovaly při těžkých úrazech hlavy, otravách, epileptických záchvatech apod.

V současnosti se duševní choroby posuzují podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 (v angličtině International Classification of Diseases ICD-10), kterou vydává Světová zdravotnická organizace. V České republice je platná od roku 1993. Ještě se můžeme setkat i s klasifikací americkou DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual) tato klasifikace se dělí do čtyř revizí.

¹⁴ Zákon č.40/2009., trestní zákoník. vyd.1. Praha : Armex publishing s.r.o., 2010. 172 s. ISBN 978-80-86795-81-2.

Pro naše poměry je rozhodující MKN-10 podle níž je každá odchylka od normy chování brána jako duševní porucha. Toto zestručnění pomohlo především zadavatelům znaleckých posudků, kdy stačí dotaz na duševní poruchu bez jakéhokoliv specifického rozvádění.

Převzetím této revize přispělo k úpravě psychiatrické terminologie. Některé terminologické výrazy byly upraveny nebo vypuštěny jako např. histerie (nyní: historiánská porucha osobnosti), paranoia (nyní: trvalá porucha s bludy), psychopatie (nyní: specifická porucha osobnosti) nebo oligofrenie (nyní: mentální retardace). Na druhou stranu došlo k obohacení novou terminologií např. patologické hráčství apod.

MKN-10 uvádí kolem 500 diagnostických jednotek, ale jen některé z nich mají význam pro soudní psychiatrii.



Obrázek 1 Vlajka světové zdravotnické organizace (WHO)

[obrázek převzat z <http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:WHO.png>]

Soudní psychiatrie z hlediska průmyslu komerční bezpečnosti – po konzultaci tohoto problému s přednostou psychiatrické léčebny v Bohnicích MUDr. Jiří Švarcem, PhD. jsem dospěl k názoru, že soudní psychiatrie se v průmyslu komerční bezpečnosti žádným způsobem neprojevuje, jelikož ani nemá jak, protože se nejedná o její pole působnosti. Vedoucí mé práce měl zřejmě na mysli, jak zabránit obsazování pozic, takto narušenými lidmi jako zaměstnanců PKB, tak podle mého názoru se toto týká spíše personalistiky podniku či řádných výběrových řízení. Taktéž prevence je podle mého názoru spjata s personalistikou a možná by bylo vhodné, aby firmy v PKB využívali při náboru zaměstnanců psychologických či jiných testů. Tento problém však není v žádném případě spojen se soudní psychiatrií, ta je tu pro něco jiného.

2 VÝZNAM SOUDNÍ PSYCHIATRIE V BEZPEČNOSTNÍ PRAXI

V této části bych měl hovořit o významu soudní psychiatrie pro bezpečnostní praxi. Tento význam pojmu z hlediska psychopatologie neboli „nauce o nemocích duše“.

2.1 Obecná psychopatologie

Z převážně učebních důvodů se rozlišují v lidské psychice různé složky jako vědomí, vnímání, emotivita apod. Tyto složky se vzájemně ovlivňují a u zdravého jedince fungují v harmonické jednotě. V průběhu 24 hodinového cyklu dochází v lidské psychice ke změnám např. ve vědomí v podobě spánku, kolísání pozornosti, změny aktivity. Psychiatrie se jako lékařský obor zajímá o poruchy psychiky, hledá tzv. psychopatologické jevy, jejichž určení patří k základním úkonům soudně psychiatrického vyšetření. Zjištění psychopatologických příznaků v průběhu spáchání trestného činu může mít velký důsledek pro hodnocení rozpoznávacích a ovládacích schopností pachatele. Přetrvávající přítomnost může mít dokonce vliv na účast obviněného na trestním řízení (§173t.ř.). Zjištění psychopatologie hraje zásadní roli při posuzování způsobilosti k právním úkonům, v oblasti rodinného práva a v mnoha dalších případech. Je tedy zřejmé, že základní znalost psychopatologických pojmů a jednotlivých duševních poruch má pro právníka velký vliv.

Následující přehled psychopatologických příznaků je na základě vžitých zvyklostí uspořádán podle jednotlivých složek chápání psychiky.

2.1.1 Poruchy vědomí

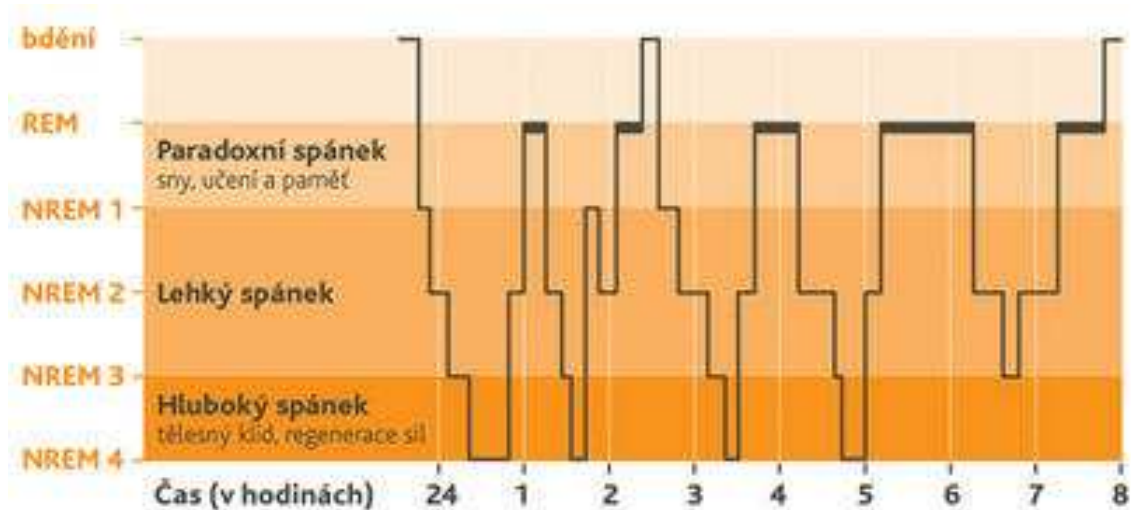
Osoby s neporušeným vědomím jsou orientovány osobou, místem, časem, situací a jsou schopny registrovat vlastní existenci a činnost, také se často vědomí označuje jako stav bdělosti¹⁵. Jak je popsáno v textu viz. výše psychika podléhá v průběhu 24 hodin fyziologickým změnám a tomu odpovídá i stav bdělosti.

Typickým příkladem poklesu bdělosti je *spánek*, podobný stav jde navodit i uměle a to *hypnózou*.

Spánek zaujímá asi třetinu lidského života a je důležitý k regeneraci duševních a tělesných sil. Existují dva druhy spánku a to synchronní N-REM, který slouží k obnově fyzických sil

¹⁵ Stav bdělosti, někdy se můžeme setkat s cizím slovem *vigilita*.

a paradoxní REM u kterého dochází ke zpracování informací získaných z předchozího období bdělosti. V této fázi dochází ke zdání snů. Dosavadní výzkumy ukazují na nezbytnost pravidelného střídání fází N-REM a REM¹⁶ pro správnou funkci paměti.



Obrázek 2 Fáze spánku

[obrázek převzat z <http://www.dobry-spanek.cz/faze-a-typy-spanku>]

U **hypnózy** je vědomí zúženo pouze na jediný subjekt – hypnotizéra. Hypnóza se používá k zesílení účinků psychoterapie, eventuálně k vybavování například důležitých zážitků. Pro forenzní účely se hypnóza zavádí pro ověření ovlivňování odpovědí, které nejde jiným způsobem ověřit.

VÝČET CHOROBNÝCH PROJEVŮ OBJEVUJÍCÍCH SE VE SPÁNKU

Tyto chorobné projevy dělíme na dissomnii - poruchy množství nebo kvality spánku a parasomnii - výskyt abnormálních událostí při něm.

Do dissomnie patří:

Spánková deprivace – jedná se o stav, kdy se nedostává spánku. Tento druh deprivace se často používal jako druh mučení. V testu, který se konal v roce 1959 nespal newyorský diskžokej Peter Tripp¹⁷ 200 hodin. Postupně se začali objevovat následující poruchy - ospalost, nemožnost soustředění, halucinace, delirium, paranoidní chování - na konci testu si myslel, že jsou lékaři hrobníci, kteří ho přišli pohřbít.

¹⁶ N-REM a REM¹⁶ - jedná se o rozdílné fáze spánku, z angl. překladu non a rapid eye movement

¹⁷ Peter Tripp – newyorský diskžokej, který se zúčastnil testu a vytvořil rekord, když v roce 1959 200 hodin nespál.

Nespavost (insomnie) - v současné populaci se jedná o velmi častý zdravotní problém. Nespavost jak naznačuje název pro tuto nemoc brání jedinci usnout nebo se tento jedinec velmi často budí. Hlavní příčiny mohou být stres, nedostatek pohybu, nesprávné užívání léků apod.

Do parasomnie patří:

Noční děs a Noční můra - noční děs¹⁸ jedná se krátký děsivý sen, který se projevuje většinou ve fázi spánku NREM. Z důvodu fáze spánku se postižený zřídka probudí a děsivý sen si jen málokdy pamatuje.

Noční můry jsou naopak sny dostavující se během REM spánku. Na rozdíl od děsů se postižený většinou probudí a obsah nočních můr, který bývá bohatší než u děsů si snadno pamatuje.

Náměsíčnost¹⁹ – jedná se o emocionální poruchu vědomí, ke které dochází zpravidla v během NREM spánku. Při lehké náměsíčnosti člověk bezcílně chodí nebo usedá na lůžko, při těžší formě chodí cíleně, otevírá a zavírá okna, dokáže vypít nápoje apod. Náměsíční by neměli být probouzeni, ale mají být odvedeni zpět do postele. Po probuzení trpí postižení výpadkem paměti²⁰.

Vědomí představuje vyšší úroveň psychického fungování. Vyvíjí postupně, počínaje druhým rokem života, kdy si dítě začne uvědomovat vlastní existenci. Vědomí nebo spíše podvědomí často využíváme např. při učení kdy dochází k využití jen části psychických procesů, zbytek probíhá mimo vědomí pomocí tzv. nevědomích procesů. Tento postup je možné ověřit např. v autoškolě, psaním na klávesnici, učení se jazyků apod. Nejprve se učíme pod kontrolou vědomí, pak se návyky zautomatizují a doprovodu vědomí již není potřeba, jelikož by naši činnost brzdilo.

¹⁸ Noční děs – můžeme se setkat s cizím slovem pavor nocturnus.

¹⁹ Náměsíčnost, také se můžeme setkat se slovem somnambulismus.

²⁰ Výpadek paměti – cizím slovem amnézie, může být buď úplná nebo ostrůvkovitá.

U vědomí **rozeznáváme**:

- stupeň bdělosti²¹
- rozsah²²
- pocit jedinečnosti a odlišnosti od okolí²³
- schopnost objektivního pohledu na sebe sama²⁴

PORUCHY VĚDOMÍ DĚLÍME NA KVANTITATIVNÍ A KVALITATIVNÍ:

1) Kvantitativní poruchy jsou důsledkem snížené úrovně stavu bdělosti. Mezi ně patří:

Somnolence – jedná se o nejnižší stupeň poruchy. Tento stav se objevuje při hluboké únavě nebo po velkém vyčerpání. Postižený nemá zájem o okolí a jakoukoliv činnost. Dá se však probudit, pro potřebné informace.

Sopor – jedná se o těžší stupeň poruchy nežli somnolence. Pro probuzení už je zapotřebí bolestivý podnět. Reakce na dotazy jsou krátké a nekvalitní.

Koma - nejtěžší forma poruchy. Kontakt není vůbec možný a je přítomna i řada tělesných odchylek jako nepravidelné dýchání apod. Přichází zejména po úrazech hlavy, ale i při poruchách látkové výměny (selhání jater, ledvin).

2) Kvalitativní poruchy jsou charakterizovány změnou psychických procesů.

Zmatenost (delirium, deliriozní stav) – jedná se o úplnou dezorientaci časem i místem. Objevují se zrakové a sluchové halucinace např. postižený ve známých vidí cizí osoby, zvuky vnímá jako slova, poznámky může vnímat jako projevy nepřátelství. Proto je také typická reakce bojovný nebo vyděšený výraz. Na průběh deliria je narušena vzpomínka, ať už ve formě úplné nebo ostrůvkovité amnézie.

Tato porucha se vyskytuje často při otravách, úrazech hlavy, epilepsii, psychotických poruchách nebo také při dlouhodobém konzumování alkoholu nebo drog.

²¹ Stupeň bdělosti, někdy se můžeme setkat s cizím slovem lucidita.

²² Rozsah, často také pod názvem kapacita.

²³ Pocit jedinečnosti a odlišnosti od okolí, někdy také po názvem idiognózie.

²⁴ Schopnost objektivního pohledu na sebe sama = sebeuvědomování.

Dřívější terminologie znala pojem amence, amentní stav. Tento stav byl podobný deliriu, byl daleko klidnějším, ale zpravidla trval delší dobu.

Mráкотný stav (obnubilace) – je to porucha představující přechodné vyřazení identity osobnosti, za zachování slovního kontaktu s okolím. Může trvat několik hodin až dní se znakem náhlého začátku a konce. Postižení mohou v tomto stavu cestovat, řídit motorová vozidla a působit nenápadným způsobem. Na proběhlý mráкотný stav bývá kompletní výpadek paměti. Příčiny jsou různé v literatuře se uvádí často však epilepsie, úrazy hlavy, otravách, ale také svou roli hraje teplota vzduchu, žízeň, dlouhé cesty dopravními prostředky s otřesy apod.

Z hlediska forenzního je diagnostika této poruchy důležitá, jelikož postižení nemohou rozpoznat společenskou nebezpečnost svého jednání ani toto jednání nejsou schopni ovládnout.

Ganserův syndrom a pseudodemence – jak u pseudodemence, tak u Ganserova syndromu se objevují nehorázně nepravdivé odpovědi, většinou při vyšetřování. Odpovědi jako kolik je $2 \times 2 = 1000$, současný letopočet „6000“. U Ganserova syndromu se navíc projevuje zúžené vědomí s dětinským komolením řeči.

U těchto poruch často dochází k simulacím, které jsou neobyčejně obtížné, ale definitivně se odhalí až při sledování postiženého na psychiatrickém oddělení.

2.1.2 Poruchy myšlení

Moci myslet je schopnost typická pro člověka. Myšlení umožňuje kontrolu smyslových údajů, uspořádat vjemy a představy, vytvářet nové pojmy. Pro myšlení je charakteristické operování v čase, rozeznávání minulosti od přítomnosti a budoucnost, což umožňuje rekonstruovat minulost a předpovídat budoucnost. Jedná se o vyšší fázi poznávacího procesu, zatímco vnímání je ve fázi nižší. Proces myšlení používá pojmů k vytváření soudů a úsudků.

PORUCHY MYŠLENÍ SE DĚLÍ NA PORUCHY:

- tempa (dynamiky)
- struktury
- obsahu

1) **Poruchy tempa** – zde rozlišujeme poruchy ve smyslu zpomalení nebo zrychlení. Bradypsychismus neboli zpomalení myšlení, přichází při únavě, ospalosti, depresích, objevuje se i u mentálně retardovaných a při schizofrenních poruchách.

U myšlenkového zárazu postižený trpí na úplné zastavení myšlenek. Výskyt je u organických duševních poruch nebo schizofrenie.

Mutizmus znamená zastavení slovní produkce u osob, které dříve běžně komunikovali.

Tachypsychismus jedná se o zrychlené myšlení. Vyskytuje se u mánie a některých druhů intoxikací.

Myšlenkový trysk – jedná se o extrémní formu zrychleného myšlení. Postižený se velmi těžko vyjadřuje z důvodu velmi rychlých myšlenek. Velmi často se jedná o překotnou řeč, kdy postižený nedokončuje větu a už chrlí další myšlenku.

2) **Poruchy struktury** – patří sem:

Zabíhavé myšlení – postižený nedokáže udržet hlavní linii hovoru, rozvádí vedlejší myšlenky a odbíhá od tématu.

Ulpívavé myšlení – postižený trpí na setrvačnost myšlenkového proudu a velmi těžko přechází k jinému tématu. Takto narušený jedinec používá neustále stejná slova.

Inkohorentní (roztržité) myšlení – jedná se o nejnápadnější poruchu myšlení. Bývá zde porušena logika zdravého myšlení. Ve větě se často vyskytuje více myšlenek a slova mají málokdy souvislost. Někdy bývá tato porucha vystupňována až do úplné roztržitosti, kdy nejsme schopni rozpoznat, co nám chce postižený sdělit. Této mluvě říká „slovní salát“ a zde je část písemného projevu postiženého: (cit. Mečír)

„Universita Karlova. Eli-Aš (Pohraniční město! Ukřižování Je-Žiř. Evangelium Matouš – Žena X. drachem rozžehne svíci, která stála víc drachem Žena rukojmí Německa Marie – vězněna, události v Č.S.R.–Spasitel–Žena X. drachem-události Mnichov–Maria Lurd ...“²⁵

²⁵ MEČÍŘ, Jan. *Základy soudní psychiatrie pro právníky*. vyd.1. Praha : Univerzita Karlova v Praze, 1996. 61 s. ISBN 80-7066-059-7.

3) **Poruchy obsahu** – u poruch obsahu se jedná především o bludy ve všech známých formách.

Blud- je definován jako úsudek vycházející z nesprávných předpokladů (často v rozporu s realitou). Postižený je o pravdivosti úsudku pevně přesvědčen, takže pod jeho vlivem i jedná. Není přístupný rozumovým argumentům, tudíž nelze zviklat.

Spolu s halucinacemi jsou bludy základním příznakem pro psychotická onemocnění zvané psychóza.

Dělení bludů: bludy dělíme do 3 skupin a to na:

1) **Expansivní** - často spojeny s manickou náladou.

Mezi *expansivní* patří:

- Megalomanské - přesvědčení o svých mimořádných schopnostech, významu, poslání.
- Originální – přesvědčení o významném původu (dříve šlechtickém, v současnosti původ významných osob).
- Kosmické – přesvědčení o komunikaci s kosmem, o ovlivňování vesmírného dění.

2) **Depresivní** - často spojeny s depresí a úzkostí.

U *depresivních* můžeme mluvit o bludech:

- Autoakuačních - subjekt je přesvědčen o vlastní vině na událostech, na které vlastně neměl vliv jako „zavinění světové války, leteckých katastrof“ apod.
- Mikromanických – přesvědčení subjektu, že je horší než ostatní lidé.

3) **Paranoidní** - vyskytují tam, kde vedle příznaků obecných poruch myšlení se vyskytne i vztahovačnost. Často se u tohoto typu objevuje agresivita.

Mezi *paranoidní* patří:

- Perzekuční – přesvědčení o pronásledování např. policií, mafií, mimozemšťany a že má být těmito subjekty usmrcen.
- Žárlivecký – přesvědčení o nevěře partnera.
- Otravovací – přesvědčení, že subjektu někdo otravuje jídlo, vodu.

Bludy jsou opět velmi důležité pro soudní psychiatrii – z důvodu bludu nemůže subjekt rozpoznat svou společenskou nebezpečnost a není schopen své jednání ovládnout. A proto není pachatel trestně odpovědný za své činy. Bludy jdou dokázat i zpětně např. po smrti nemocného a to třeba z písemných dokumentů nemocného.

2.1.3 Poruchy vnímání

Pro správné vnímání je nezbytně nutná správná funkce smyslových orgánů a správná funkce vyhodnocování smyslových vjemů v centrální nervové soustavě (CNS).

Častá porucha vnímání je vyvolána poruchou smyslových čidel, což znemožňuje správnou smyslovou funkci (poranění oka, nosu, ucha atd.). Jindy je na vině špatná činnost některých částí mozku. Např. porucha s názvem agnózie – je o poruchu, kdy při správném zrakovém vnímání není postižený schopen rozpoznat dříve známe tvary.

K PORUCHÁM VNÍMÁNÍ SE ŘADÍ TYTO PORUCHY:

- 1) **Smyslové klamy** – jedná se vjemy, které neodpovídají skutečnosti (tyč ponořená do vody se jeví jako nalomená). Objevují se u všech lidí a vlastně potvrzují, že i zdravá čidla jsou nedokonalá. Pro kriminalistickou praxi je si potřeba uvědomit, že nejčastější jsou smyslové klamy v oblasti zrakového vnímání.
- 2) **Iluze** – jedná se o chorobný smyslový vjem, při němž člověk vnímá realitu, ale zkresleně. Například v ošetřujícím lékaři vidí krásnou mladou sestru a není schopen svůj vjem korigovat. Pokud je člověk uvědomuje, že jde o vjemy klamné a je schopen je korigovat, nemluvíme již o iluzi ale o **pseudoiluzi**.
K iluzím dochází při silných emocích, strachu či hněvu. Například při strachu z přepadení se jeví každý zvuk jako podezřelý.

Tyto poruchy se mohou projevit u každého člověka a mají velký význam pro kriminalistiku a soudní hodnocení výpovědí svědků.

- 3) **Halucinace** – jedná se o zdánlivé vjemy, které vznikají bez přítomnosti příslušného subjektu o jehož přítomnosti je nemocný bezvýhradně přesvědčen.

Například: Nemocný slyší někoho mluvit, aniž by byl dotyčný přítomen.

Halucinaci tedy můžeme vyjádřit i matematicky:

HALUCINACE = VJEM – PŘÍSLUŠNÝ SUBJEKT

Halucinace jsou jako porucha opět důležité pro soudní psychiatrii, jelikož nemocný člověk svým halucinacím plně věří a podle nich i jedná a velmi těžko rozpozná svou společenskou nebezpečnost. Výskyt halucinací vždy svědčí o závažné psychické chorobě a je zapotřebí odborného lékařského vyšetření.

Halucinace mohou být nejrůznějšího druhu a to především podle smyslového ústrojí - sluchové, zrakové, čichové, chuťové, hmatové (příp. tělesné).

Nejčastěji vyskytujícími halucinacemi jsou sluchové ve formě hlasů, tónů, melodií.

Nemocný slyší hlasy, které o něm mluví, přikazují aby to či ono učinil a naopak mu některé činnosti zakazují. Často se tyto halucinace vyskytují u schizofrenie a alkoholických psychotických poruch. Z praxe je známo, že nemocný většinou slyší většinou dva hlasy nebo dvě skupiny hlasů, z nichž jedna ho chválí a obhajuje, druhá ho kritizuje a pomlouvá.

Dále jsou zrakové neboli tzv. vidiny. Často se vyskytují halucinace drobných zvířat jako myši, hmyzu známé především při deliriu tremens. Čichové halucinace jsou většinou ve formě závanu pachu, plynu, kouře. Vyskytují se u epilepsie a u schizofrenních psychotických poruch. Chuťové halucinace jsou charakterizovány pocitem zvláštní chuti jídel. Objevují se ve stejných případech jako halucinace čichové. Je zde důležité rozeznat chuťovou halucinaci od bludu otrávením. U bludu je subjekt přesvědčen o otrávenosti jídla bez doprovodných chuťových prožitků.

Zvláštním druhem jsou halucinace intrapsychické – kdy je nemocný přesvědčen, že jsou jeho myšlenky odnímány a prezentovány a cizí myšlenky jsou mu do hlavy vkládány (jde tedy spíše o poruchu myšlení než vnímání). Tyto halucinace jsou příznačné pro schizofrenii.

2.1.4 Poruchy emotivity

Emoce řadíme mezi nejdůležitější projevy lidské psychiky. Jedná se o subjektivně zabarvené pocity, které reagují na vnitřní nebo vnější prožitky a postoje. Pod vnějšími postoji myslíme okolí a prostředí, které nás obklopuje. Pod vnitřními prožitky máme na mysli duševní nebo tělesné rozpoložení jedince. Způsob prožívání může být kladný nebo záporný a rozpoložení emocí mezi těmito póly nám určuje emoční vyladěnost každého z nás. Pod slovy emoční vyladěnost si můžeme představit stavy jako radost, smutek, zlost, úzkost apod.

Dělení emocí můžeme ještě rozdělit na nižší a vyšší. Pod nižšími emocemi si můžeme představit emoční prožitky vyvolané hladem, radostí, strachem, zlostí. U vyšších emocí neboli citů se jedná o prožitky sociální, estetické, etické.

PODLE ČASOVÉHO PRŮBĚHU EMOCE DĚLÍME:

- 1) **Pocity** – jedná se nejjednodušší emoční stav člověka.
- 2) **Afekty** – jedná se o náhlé a prudké emoční reakce. Zpravidla rychle vzplanou a rychle končí (vzteky, radost, strach...)
- 3) **Nálady** – jedná se o trvalejší emoční nastavení určitého druhu ovlivňující úroveň aktivity a pohotovost k emočním afektům určitého druhu. V dobré náladě reagujeme radostí nebo nadšením, ve špatné zlostí nebo vztekem.
- 4) **Vášně** – jedná se o dlouhodobé až celoživotní zaujetí. Výsledkem bývá umělecké dílo, skvělý sportovní výkon, vynález apod.

Poruchy afektů – ze soudně psychiatrického hlediska je důležitý patický afekt. Vzniká jako reakce na podněty, zasahující nejcitlivější psychické oblasti jedince (sebevědomí, vzhled, rodičovství) za spoluúčasti vlivů jako požití alkoholů, nedostatek spánku, hladovění apod. Projevuje se silným agresivním výbuchem (zabití, demolování) s následnou ztrátou paměti.

Diagnostikování této poruchy patří k velmi obtížným znaleckým úkonům. Po diagnostikování je však patický afekt brán jako podklad pro konstatování o vymizení rozpoznávacích a ovládacích schopností v kritický okamžik.

Poruchy nálady - soudní psychiatrii zajímají především *patické nálady* - jsou to nálady, které vznikají z vnitřních příčin (často změnou v centrální nervové soustavě). V porovnání s normální náladou se jedná o náladu s daleko delším a hlubším trváním a intenzitou. Neobyčejně silně ovlivňuje chování jedince a toto chování nelze změnit ani psychickým působením či změnou prostředí.

Základní druhy patické nálady jsou:

- 1) Manická nálada – nemocný člověk je charakterizován přehnaným optimismem, zvýšenou aktivitou a obsahy myšlení, které svědčí o přehnaném sebevědomí. Projevuje se i v gestikulaci a mimice. Pokud se tyto příznaky objevují v mírném stupni mluvíme o hypománii.

Postižení touto poruchou se často dopouštějí podvodů nebo jsou sami jejich oběťmi. S úsměvem přecházejí jakékoliv nezdary či ztráty, často zbytečně nakupují a utrácejí, investují do pochybných projektů apod.

- 2) Depresivní nálada – jedná se o opak nálady manické. Vyznačuje se sklíčeností, smutnou náladou, zpomalením duševní činnosti později i fyzické, sebevědomí je sníženo. Postižený vidí budoucnost v nejčernějších barvách. Často přerušuje kontakty s okolím, nevychází z domu, vyhýbá se lidem. Tak jako u jakéhokoliv jiného depresivního syndromu nesmíme i zde zapomínat na nebezpečí sebevražd.

Manická i depresivní nálada jsou základními příznaky především pro bipolární afektivní poruchu (dříve maniodepresivní psychózu), dále jsou typické při organických poruchách mozku, otravách a jiných tělesných onemocněních.

Fobie – jde o neodůvodněné vtíravé strachy, které si postižený uvědomuje, ale není schopen je ovládnout. Většinou vznikají v adolescenci a to především u žen. Projevují se nesnesitelnou úzkostí, strachem a napětím z určité situace, podle níž jsou jednotlivé fobie klasifikovány. Typické reakce na fobii je silné bušení srdce, pocity na omdlení či strach ze smrti. Všechny fobie mají jedno společné a to, že omezují jejich nositele. Knihy o psychiatrii obsahují širokou škálu fobií pro příklad si uvedeme:

- agorafobie - strach z pobytu na veřejných prostranstvích nebo sociální fobie – strach ze sociálního (mezilidského) kontaktu. Více k této fobii - ve speciální části.
- sociální fobie – strach ze sociálního či mezilidského kontaktu. Více ve speciální části.
- klaustrofobie – strach z uzavřených místností,
- aichmofobie – strach z ostrých předmětů,
- zoofobie – strach ze zvířat,
- akrofobie - strach z výšek,
- hypnofobie – strach z usnutí,
- aerofobie – strach z létání,
- xenofobie – strach z cizích věcí, cizinců,
- nekrofobie – strach ze smrti
- nosofobie – strach z nemocí a jejich následků
- triskaidekafobie – strach z čísla 13 apod.

2.1.5 Poruchy jednání a vůle

Projev jednání je založen na předstupu a to na chování. Podle literatury je chování soubor motorických aktů, jimiž organismy zasahují do svého okolí. Odlišnost pojmů jednání a chování je v tom, že u chování se nejedná o promyšlenou činnost. Pro názornost - chováním se rozumí například zábava ve společnosti, jednáním například vyřizování záležitostí na úřadě.

Při normálním jednání je nejprve stanoven cíl, poté postup, provádění promyšlené činnosti a nakonec ukončení této činnosti. Každé jednání má svou motivaci a průběh.

Z RŮZNÝCH PORUCH JEDNÁNÍ JSOU NEJDŮLEŽITĚJŠÍMI PORUCHAMI:

- 1) Z pohledu soudní psychiatrie je významná porucha impulsivního jednání, u které jde o realizaci okamžitého nápadu bez zjevného vnějšího podnětu. Impulsivní činy mají zpravidla ráz násilného chování (útok na kolemjdoucí, probodnutí nožem, úder pěstí apod.)

Tato porucha se často vyskytuje u schizofrenie a vzácněji u organických duševních poruch.

Kazuistika č.1: *Dospělí schizofrenik potká v parku neznámého muže, který se o něho nestará. Vrhne se mu rukama po krku a zaškrtní ho. O tomto jednání jen pak sdělí, že ho to „napadlo“, že je stejně lidí dost.“²⁶*

Hodnocení trestného činu provedeného v impulsivním jednání vede k závěru, že u pachatele byly rozpoznávací a ovládací schopnosti vymizelé.

- 2) Zkratkové jednání – je jednání, které má zřetelný motiv a přesný cíl. Je prováděno zbrkle bez ohledu na závažnost následků. Obvykle se jedná o vyproštění z nepříjemné situace a to za každou cenu např. útěk z vojny, sebevražedný pokus apod.
- 3) Nutkové jednání – tato porucha nemá pro forenzní hlediska velký význam. Jedná se o jednání, které člověk vykonává proti své vůli. Nevyhověním nutkání vzniká pocit napětí, podrážděnosti a nesoustředěnosti. Po provedení tohoto jednání dochází k

²⁶ MEČÍŘ, Jan. *Základy soudní psychiatrie pro právníky*. vyd.1. Praha : Univerzita Karlova v Praze, 1996. 61 s. ISBN 80-7066-059-7.

celkovému ulehčení. Pod nutkavým jednáním si můžeme představit neustále mytí rukou, neustálé přesvědčování o uzavřenosti kohoutků plynu, přesvědčování o zavření dveří apod.

MEZI PORUCHY VŮLE ŘADÍME: Hypobulii, což znamená pokles volní aktivity. Opakem hypobulie je hyperbulii, jedná se tedy o zvýšenou volní aktivitu. Literatura ještě popisuje abulii, což je úplná ztráta aktivity.

Z hlediska forezního přicházejí v úvahu trestné činy především nedbalostního charakteru a to zanedbání péče o svěřenou osobu, nedodržování pracovních a finančních závazků apod.

2.1.6 Poruchy paměti

Paměť je schopnost přijímat informace, uchovávat je a v případě potřeby je reprodukovat.

Paměť dělíme na krátkodobou (provozní) a dlouhodobou (zásobní). V případě krátkodobé si zapamatujeme vždy jen několik vteřin a nepotřebné informace se zapomínají např. prázdnot vozovky pro její přejetí. Dlouhodobá paměť je založena na ukládání paměťových stop, což představuje velmi složitý biologický proces. Pro tuto paměť je nezbytné opakování, trénink a učení.

U paměti rozlišujeme tři základní složky:

- 1) **Vštipivost (impregnaci)** – tato složka představuje ukládací schopnost a schopnost osvojit si nové skutečnosti.
- 2) **Uchování (retenci)** – jedná se o schopnost uchovat si získané vjemy beze změny.
- 3) **Výbavnost (reprodukcí)** – je schopnost vzpomenout si na minulý vjem podle potřeby. Tato schopnost je snadno ovlivnitelná emočním stavem viz. zkoušky.

Poruchy mohou nastat v jakémkoliv z těchto tří složek, ale většinou bývá paměť postižena celá. K PORUCHÁM PAMĚTI ŘADÍME:

- 1) **Deteriorace paměti** – jedná se o snížení paměťových schopností a to buď ve všech třech složkách paměti nebo jen v jedné. Nejčastěji však ve složce vštipivosti. Vyskytuje se u demencí, mozkových zranění, nádorů, alkoholismu a stáří. U starých lidí někdy můžeme pozorovat *Korsakovův syndrom*, u kterého si člověk pamatuje staré zážitky a nepamatuje si nové.

- 2) **Amnézie** – jedná se úplnou ztrátu paměti na určité období.

Podle doby amnézii dělíme na:

- a) Retrogradní – postižený si nepamatuje na krátký úsek před úrazem.
- b) Anterogenní – postižený si nepamatuje na události po úrazu. Tedy na události, které nastaly po znovunabytí vědomí.

Podle obsahu amnézii dělíme na:

- a) Úplnou – jedná se o úplnou ztrátu paměti.
- b) Ostrůvkovitou – jedná se o ostrůvkovité vzpomínky, kdy postižený neumí popsat jak chronologicky následovaly.

Amnézie se často vyskytuje u úrazů hlavy, delirií, mráкотných stavů, mozkových nádorů a u dlouhodobých konzumentů alkoholu.

- 3) **Paramnézie** – z hlediska kriminalistického se jedná o důležitou poruchu, neboť představuje porušení přesnosti a jistoty vybavování. Dotyčný si vybavuje vzpomínky s naprostou jistotou, ale tyto vzpomínky se úplně odchyľují od pravdy.

- 4) **Kvantitativní poruchy paměti** – patří sem především hypermnézie a hypomnézie.

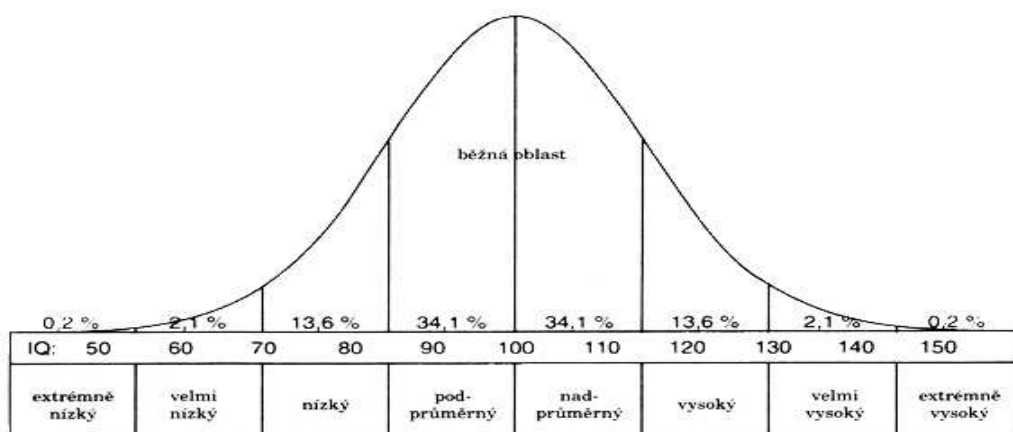
U hypermnézie se jedná o nadměrně vyvinutou paměť jedním směrem, nejedná se však o pozitivní jev. Postižení si pamatují značky projíždějících aut, počet oken a schodů u domů apod., někdy se jim říká zázrační počtáři.

Hypomnézie značí sníženou výkonnost paměti. Vyskytuje se převážně u mentálně retardovaných, při úrazech hlavy, intoxikacích apod.

- 5) **Konfabulace** – vyskytují se především při poruše vstřípivosti. Jde o vyplňování chybějících úseků paměti smyšlenými příhodami nebo událostmi. Velmi často se stává, že na stejné dotazy nemocný odpovídá jinými událostmi.

2.1.7 Poruchy inteligence a intelektu

Pojmy inteligence a inteligentu se v některých literaturách odlišují, jindy se zase směšují. Inteligence je schopnost využívat nastřádaných zkušeností k řešení nových situací. Tato vlastnost je společná jak lidem, tak i zvířatům.



Obrázek 3 Rozložení inteligence v populaci podle Gaussovy křivky

[zdroj uveden v použité literatuře, zdroj číslo [20]]

Intelekt je však čistě lidská záležitost. U intelektu se k inteligenci připojují další složky jako prostorová představivost, schopnost operovat slovy, operovat s čísly, schopnost jednat s lidmi apod. Intelekt můžeme měřit a vyjádřit pomocí IQ testů.

$$IQ = 100 \times \frac{\text{mentální věk}}{\text{skutečný věk}}$$

Úroveň intelektu určujeme podle inteligenčního kvocientu IQ, který ukazuje stupeň mentální úrovně. Popis jednotlivých úrovní je uveden v tabulce.

Hodnota IQ	Popis a předpokládané schopnosti jedince	% lidí
nad 140	Inteligence géniů. Absolutní předpoklady pro tvůrčí činnost, určuje ostatním směr poznání.	0,2 %
do 140	Výjimečná superiorní inteligence. Mimořádné předpoklady pro tvůrčí činnost, vynikající manažeri nebo odborníci.	2,8 %
do 130	Vysoce nadprůměrná inteligence. Snadno vystuduje vysokou školu, může dosáhnout vynikajících výsledků v tvůrčí a manažerské činnosti.	6%
do 120	Nadprůměrná inteligence. Vystuduje vysokou školu, při vysoké pracovitosti může získat mimořádné pracovní místo.	12%
do 110	Vysoce průměrná inteligence. Vysokou školu vystuduje jen s potížemi. Důsledností a pracovitostí může získat společenské zařazení předchozí kategorie.	25%
do 100	Průměrná inteligence. Dokáže složit maturitní zkoušku, v práci se uplatní ve středním postavení.	25%
do 90	Slabě podprůměrná inteligence. Dokáže absolvovat základní školu a dobře se uplatnit v manuálních profesích.	10%
do 80	Nižší stupeň mentální retardace. S problémy zvládne základní školu, úspěšný v zvláštní škole.	10%
do 70	Lehká mentální retardace. Je-li dobře veden, zvládne zvláštní školu.	6,8 %
do 50	Střední mentální retardace. Nevzdělavatelný, ale osvojí si sebeobslužné návyky.	2%
do 20	Těžká mentální retardace. Nevzdělavatelný a nevychovatelný.	0,2 %

Obrázek 4 Popis schopností jedinců podle inteligence

[obrázek převzat z <http://www.online-psychotesty.cz/iq-testy/hodnoty-iq/>]

PORUCHY INTELIGENCE JSOU:

1) Mentální retardace (dříve oligofrenie), dělíme ji podle úrovně IQ na:

a) Lehkou – debilita

Mentální úroveň odpovídá zhruba mentálnímu věku dětí 8-11 let, IQ=69-50.

Člověk s touto poruchou je schopen vychodit základní školu popřípadě školu zvláštní. Podle Klimenta tato skupina tvoří 4/5 všech mentálně retardovaných.

Z hlediska kriminalistiky se jedná o skupinu s velmi častou recidivou jako jsou krádeže, sexuální delikty, znásilnění, pohlavní zneužití, exhibicionismus apod. Debilové se obvykle dopouštějí trestných činů bez předchozích příprav a provedení je primitivní. Často jsou využíváni k trestné činnosti jinými osobami.

b) Střední – imbecilita

Svým mentální věkem se blíží dětem v rozmezí 3-7 let, IQ=49-35. Postižení jsou pouze vychovatelní. Podle Klimenta tvoří tato skupin 12% mentálně retardovaných.

Imbecilové jsou snadno zneužitelní. Snadno podléhají alkoholickým nápojům a provádějí jen primitivní krádeže.

c) Těžkou– idiocie

Mentálním věkem jsou na úrovni dítěte do 3 let. IQ=34-20. Postižení jsou nevzdělatelní a nevychovatelní. Opět tvoří podle Klimenta 7% skupinu retardovaných.

Idioti se prakticky nedopouštějí trestné činnosti, neboť jsou umístěni v ústavech.

d) Hlubokou - vegetativní idiocie

IQ je nižší než 20. Takto mentálně retardovaní jedinci nejsou schopni soběstačnosti a vyžadují pomoc i při nejzákladnějších životních úkonech. Komunikace je velmi omezená, jelikož u takových jedinců není vytvořena schopnost řeči, tedy verbální komunikace. Často se u nich vyskytuje autismus. Podle Klimenta tato skupina tvoří pouze 1% všech mentálně retardovaných.

S mentální retardací se buď postižený narodí nebo ji získá během prvních dvou let života. Pokud poruchu intelektu postižený získá po druhém roku života jedná se o demenci.

2) Demence – jedná se o pokles intelektu u jedince, který dosáhl vyšší úrovně. U postižených demencí dochází ke ztrátě osvojovat si znalosti, dochází ke zhoršování paměti, ztracení zájmů, dochází k narušení spánkového rytmu, emoční oploštělosti, zanedbávání zevnějšku. Později se objevuje dezorientace, agresivní chování,

psychotické příznaky, epileptické záchvaty a nakonec se vytrácí soběstačnost.

Demence je většinou následek organického onemocnění mozku. V současnosti není léčitelná a stav nemocných se zhoršuje až do úmrtí.

2.1.8 Poruchy pudů

Pud představuje vrozené postoje a formy chování ve vztahu k základním životním potřebám. Někdy bývá označován jako instinkt. Pudy jsou úzce napojeny na emoce a uspokojení pudu je doprovázeno pocitem libosti nebo v opačném případě pocitem nelibosti.

K NEJDŮLEŽITĚJŠÍM PUDŮM PATŘÍ:

- 1) **Pud obživný** – jedná se o jeden z nejsilnějších pudů, v krajních případech může mít agresivní charakter. Jedná se o pud vyhledávání potravy, za což je člověk v krajních případech schopen porušit i společenské normy. Intenzita tohoto pudu je dána pocitem sytosti, hladu, žízně. Poruchy tohoto pudu jsou spjaty především s odmítáním potravy. S touto poruchou se setkáme u stuporu, halucinací a bludů - nemocného chce někdo otrávit, hlasy mu zakazují jíst apod. Mezi poruchy obživného pudu patří i mentální anorexie a bulimie. U mentální anorexie je snižován objem potravy pro dosažení extrémní štíhlosti, u bulimie postižený trpí přejídáním s následným navozením zvracení.
- 2) **Pud sebezáchovy** – tento pud je taktéž velmi silný, jelikož je spojen s touhou přežít, vyhnout se bolesti nebo se schopností snášet bolest. Poruchy pudu sebezáchovy jsou – sebedržení a sebepoškozování (automutilace) a sebevražda (suicidium). S touto poruchou se často setkáme u často u těžkých forem deprese, schizofrenie, masochismu.
- 3) **Pud sexuální** – tento pud dozrává až pozdějším stadiu života. Mezi jeho poruchy patří pohlavní identita - zda se jedinec cítí mužem nebo ženou, pohlavní orientace - homosexualita, sexuální aktivita.

Z forenzního hlediska mají význam tzv. sexuální deviace. Jedná se především o sadismus, pedofilii, masochismus, sadomasochismus, exhibicionismus aj. tyto poruchy jsou podrobně probrány ve speciální části.
- 4) **Pud sociální** – Tento pud nemá z forenzního hlediska velký význam. Mezi poruchy patří familiárnost a samotářství.

- 5) **Pud po zpříjemnění existence** – Opět nemá velký význam. Jedná se o pud sebeuplatnění, vlastnický a hlavně pud zdobivosti.

2.1.9 Poruchy osobnosti

Pod pojmem osobnost si představujeme souhrn psychických funkcí jedince, které ho odlišují od ostatních. Podle Kalvacha je definice osobnosti následující „*jde o organizovaný systém, jehož existence je podmíněna výměnou energie a pomocí informací se tento systém rozvíjí a zdokonaluje*“.²⁷ Lidská osobnost je předmětem zkoumání mnoha oborů a to psychiatrie, teologie, sociologie, práva a ekonomie. Každé toto odvětví přistupuje ke zkoumání z jiného pohledu. Z hlediska psychiatrie nás zajímají otázky jako zákonitosti vývoje, metody chování, fyziologické a psychologické procesy, vliv poruchy na chování. U osobnosti rozeznáváme vývojová stádia a typologie osobnosti. Vývojová stádia jsou jasná, jedná se o dětství, dospívání, dospělost a stáří. Podle antického lékaře Hippokrata rozlišujeme typologie osobnosti na sangvinik, choleric, melancholik a flegmatik. Další známé dělení je podle C. G. Junga²⁸, který osobnost dělí na extroverty a introverty.

PORUCHY OSOBNOSTI JSOU NÁSLEDUJÍCÍ:

- 1) **Transformace osobnosti** – jde o poruchu, kdy je nemocný nevyvratně přesvědčen, že je někým jiným než ve skutečnosti je. Například králem, světcem event. i zvířetem.
- 2) **Alternace osobnosti** – postižený touto poruchou žije v přechodných stádiích jako zcela jiná osobnost a na původní osobnost má ztrátu paměti. Později se však vrací k původní identitě s amnézií na život v jiné identitě. V krajních případech se může nemocný přejít i do osoby třetí popř. další, ale to už mluvíme o **mnohočetné osobnosti**. Tato porucha přichází především u epilepsie, po úrazech hlavy, mozkových operacích a silných psychických zážitcích.
- 3) **Rozpad osobnosti** – jde o těžkou poruchu osobnosti, kdy jednotlivé složky osobnosti začnou být uvolňovány. Kromě osobnosti tato porucha zasahuje i paměť a intelekt. Postupem mají postižení problém vyznat se v čase, nerozeznají minulost,

²⁷KALVACH, Zdeněk ; BRICHČÍN, Slavoj. *Soudní psychiatrie a sexuologie pro policisty*. vyd.1. Praha : Policejní akademie České republiky, 2003. 125 s. ISBN 80-7251-129-7.

²⁸ Carl Gustav Jung (26. července 1875 – 6. června 1961), švýcarský lékař a psychoterapeut, zakladatel analytické psychologie. Má významný podíl na zkoumání příčin a léčbě schizofrenie.

přítomnost a budoucnost. Obsahy vědomí jsou postupně redukovány na útržkovité myšlenky. Ztrácí zevnějšek postiženého a mizí i udržování čistoty. Postupem času dochází k rozpadu osobnosti. Tato porucha je charakteristická pro demence, především pro pokročilé stádium Alzheimerovy choroby.

- 4) **Rozdvojení osobnosti** nastává pokud se postižený cítí, že žije ve dvou tělech. Jedná se o typický znak psychotických schizofrenních poruch.

2.2 Speciální psychopatologie

Obecná část psychopatologie se zabývala jednotlivými příznaky psychických poruch. Tato část se podrobně zabývá ne jednotlivými příznaky, ale syndromy, což jsou sdružení jednotlivých příznaků v poruchu. Tyto syndromy jsou označeny diagnózou, která je popsána v 10. revizi Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10). Z celkového výčtu psychických poruch, kterých je kolem 500 si uvedeme pouze ty poruchy, jenž mají forenzní význam.

2.2.1 Organicky podmíněné poruchy včetně poruch symptomatických

Tato skupina poruch je označována kódy od F00 do F09. Jde o velmi rozsáhlou skupinu poruch, které jsou projevem postižení mozku. Tyto poruchy mohou nastat jak chorobami, tak i úrazy či jinými poškozeními mozku. Postižení mozku může být buď přímé (primární), kdy je mozek poškozen např. nádorem, zánětem, úrazem atd. nebo celkové (sekundární), u kterého je mozek postižen jako jeden z více orgánů. Psychické poruchy, které vznikají bez primárního zasažení mozku, ale jako následek dalších onemocnění se nazývají symptomatické psychické poruchy.

1) PŘÍMÉ ORGANICKÉ PORUCHY MOZKU

- a) **Psychické poruchy při zánětech mozku** – tato skupina se dělí na primární a sekundární. Mezi primární záněty mozku řadíme encefalitidu a vzteklinu. Sekundární záněty mozku vznikají při jiných infekčních chorobách jako je spála, spalničky, příušnice apod. Tyto poruchy se navenek projevují únavou, zmateností, depresemi, bolestmi hlavy. Zůstatkem po zánětu mozku může být tzv. postencefalitický syndrom, nejtěžší formou však demence.

b) **Psychické poruchy po úrazech hlavy** - do této kategorie řadíme otřesy²⁹ a kontuzi pohmoždění³⁰ mozku. Po těchto úrazech je typická ztráta paměti s následnou amnézií. Po nabytí vědomí se objevují následující symptomy:

- Tělesné – projevují se poruchami spánku, rovnováhy, kolísání krevního tlaku a zpomalení srdeční činnosti.
- Neurologické – projevují se poruchami pohyblivosti, citlivosti, obrny končetin.
- Psychické - projevují se deliriózním stavem a to především v prvních dnech choroby, dále se může vyskytnout amnestický syndrom, halucinační projevy. U zhmoždění mozku to mohou být posttraumatická epilepsie či demence.

c) Psychické poruchy při mozkových nádorech – příznaky těchto psychických poruch souvisí zejména s typem, lokací nádoru a s věkem pacienta.

U mladších jedinců převažují spíše poruchy vědomí, u starších převažují psychózy.

Podle lokace nádoru rozeznáváme poruchy:

- Frontálního (čelního) laloku – dochází k apatii, psychomotorickým poruchách, euforii.
- Temporálního (spánkového) laloku – objevují se poruchy paměti, depersonalizace, halucinace, iluze deja vu³¹.
- Parientální (temenní) lalok – objevuje se např. apraxie³², amnézie.
- Okcipitální (tylní) lalok – dochází ke zrakovým halucinacím nebo tzv. korové slepotě, tj. slepotě bez poškození očí – většinou se jedná o úplnou nebo téměř úplnou ztrátu zraku.

d) **Psychické poruchy při atroficko-degenerativních poruchách (demence)** - do této skupiny patří především Alzheimerova choroba, dále Vaskulární demence,

²⁹ Otřes mozku někdy se můžeme setkat se slovem komoce mozku.

³⁰ Pohmoždění mozku, někdy také nazýváno jako kontuze mozku.

³¹ deja vu - stav mysli v situaci, kdy jsme přesvědčeni, že jsme ji již jednou nebo vícekrát jako takovou zažili, slovo francouzského původu. [vysvětlení převzato z http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?cizi_slovo=deja&typ_hledani=prefix].

³² Apraxie – jde o chorobnou neschopnost pohybů, hybnosti.

Pickova choroba, Creutzfeld-Jakobova choroba, Parkinsonova choroba a Huntingova choroba. Těmito jednotlivými poruchami se budeme zabývat podrobně.

Alzheimerova choroba (v MKN 10 je porucha značena F00). Tato choroba je velmi častá, objevuje se u více než poloviny případů všech demencí. Porucha způsobuje typické poškození šedé kůry mozkové a její etiologie zatím není známá. Alzheimerovu chorobu můžeme rozdělit na dvě klinické formy a to na formu s **časným začátkem** (dříve označována za presenilní demenci) a začátkem pozdním (dříve senilní demence). Časná forma se projevuje před 65. rokem, tedy v 6. decenniu.

Klinický obraz: Porucha je charakteristická sníženou výkonností, poruchami soustředivosti, hledáním správných výrazů při řeči, poruchami vštíplivosti paměti, postižený ztrácí svoji bývalou manuální zručnost. Úbytek schopností si postižený z počátku uvědomuje a proto se objevuje depresivní nálada. Tyto poruchy schopností se neustále zhoršují a během 1 až 2 let nastává přítomnost velmi výrazné poruchy paměti, dotyčný si nevybavuje jména ani tváře svých blízkých, začíná komolit slova a běžné pojmy, ubývá zájem o okolí, dochází k celkové dezorientaci časem a místem. Později dotyční ztrácejí i schopnosti jako je čtení, psaní, počítání, ztrácejí schopnost samostatně se obsloužit a začínají být odkázáni na své okolí. Nemocný se v tomto stádiu nenají, neobleče a dochází k celkovému rozpadu osobnosti. K tomu se začnou objevovat i závažné neurotické poruchy jako svalová ztuhlost či epileptické záchvaty. Tato duševní choroba je v současné době neléčitelná a pokud se nepodchytí včas nositel této choroby do 4-6 let umírá. Pokud se choroba podchytí včas, tak se tato doba může prodloužit až na dvojnásobek.

Forma s **pozdním začátkem** se projevuje po 65. roce života, někdy i později a to v 8 a 9. decenniu. Tato porucha postihuje polovinu populace starší 90 let.

Klinický obraz: Nejsou zde k vidění poruchy řeči jako u předchozího typu, ale u této poruchy jsou na první pohled poznat poruchy paměti. Ubývající schopnost vštíplivosti většinou vede ke stavu, kdy si postižený není schopen zapamatovat žádnou novou informaci a např. u výpovědi takový člověk hojně konfabuluje, což činí jeho výpověď jako naprosto nespolehlivou. Později dochází k úplnému vymizení vštíplivosti paměti a k úplné dezorientaci časem a místem. Dochází k rychlé degradaci osobnosti a tak jako u předchozího typu se stávají naprosto nesamostatnými. Postižení nedodržují hygienu, nepřevlékají se, živí se odpadky, kterými zanášejí i byt, což vede k dalšímu problému a to zahyzení, zápachu, především v návaznosti na přilehlé sousedy. Tato forma

Alzheimerovy choroby se velmi těžko léčí a často končí tragicky. Např. nemocný vejde pod kola právě projíždějícího automobilu, vzdálí se o domu a nenajde cestu zpět, prochladnou, zmrznou, zemřou na dehydrataci nebo na celkové vysílení apod.

Z forenzního hlediska se jedná o chorobu, u které se velmi často posuzuje způsobilosti právním úkonům. Především se jedná o sepsání závěti. Z trestné stránky věci se může jednat o jednoduché trestné činy a to např. krádeže v samoobsluze, odcizení předmětu, který je právě po ruce. Vlivem degradace osobnosti můžeme ještě mluvit o exhibicionistických a pedofilních deliktech. Prokázání Alzheimerovy choroby vede k jednoznačnému zproštění viny neboli exkulpací pachatele.

I když je Alzheimerova choroba v populaci nejčastěji se vyskytující (asi 1 až 2%). Z forenzního hlediska má větší význam **vaskulární demence (F01)** – tato demence je způsobena tzv. vaskulární nekrózou mozku. Její příčinou jsou buď metabolické a degenerativní změny stěn tepen, kdy dochází k jejich zužování, ztrácejí pružnost a do požadované oblasti se tak dostává menší množství krve tj. i méně kyslíku, glukózy a dalších látek, které jsou důležité pro správnou funkci centrální nervové soustavy (CNS) nebo vlivem vysokého krevního tlaku dochází k protrhnutí cévy a tak zůstane část mozku nedokrvěna, navíc se zde vyskytuje další negativní jev s uniklou krví, která utlačuje okolní mozkovou tkáň. *Výsledkem těchto poruch tepen je odumírání mozkové tkáně.*

Toto onemocnění je v naší populaci velmi časté a zpravidla se vyskytuje v 7. nebo 8. dekádě života. Pro vaskulární demenci je charakteristické: ztráta dřívější výkonnosti, snížení koncentrace a pozornosti, těžkopádnost, nerozhodnost, poruchy vstřípivosti paměti apod. Nemocný si svoji nedostatečnost dobře uvědomuje – odtud labilní emotivita. I přes rozvoj demence zůstává osobnost delší dobu zachována a nemocný dodržuje základní společenské normy. Ke zhoršení demence může dojít vlivem dalších cévních mozkových příhod. Vážnou komplikací tohoto druhu demence jsou tzv. *stavy zmatenosti* (zpravidla deliriozní stavy). K těmto stavům dochází především pozdě večer a v nočních hodinách, projevují se neklidem, blouděním nebo dezorientací, bezradnou úzkostnou náladou popř. iluzivním vnímáním. V těchto stavech se může vyskytnout představy o pronásledování, odposlouchávání apod. Tyto stavy se v dřívější terminologii nazývali stavy amentními.

Co se týče léčby této poruchy, tak náprava je možná pouze v počátečním stadiu, u pokročilého stádia, již léčba není možná.

Z forenzního hlediska má vaskulární demence vliv především na posuzování v občanskoprávní oblasti, kde jde o posuzování způsobilosti k právním úkonům (posuzování k uzavření kupní nebo darovací smlouvy, posouzení způsobilosti k sepsání závěti). V trestně právní oblasti jde především o trestné činy způsobené emoční labilitou a mluvíme nejčastěji o výtržnictví nebo o ublížení na zdravý. Pod vlivem vaskulární demence však může dojít i k nejzávažnějším trestným činům viz. kazuistika.

Kazuistika č. 2: *66letý důchodce byl obviněn z trestného činu pokusu vraždy své družky, která se k němu před rokem přestěhovala na základě jím podaného inzerátu. Po prvním měsíci klidného soužití začala družka posuzovanému vyčítat, že je žebrák, že kvůli němu opustila výhodné zaměstnání a že je jí stejně nevěrný, vzala na něj nůž. V zaměstnání o ní posuzovaný vykládal, že „si jeho bába vodí domů chlapy, kteří mu kradou věci“. V kritický den po příchodu z práce posuzovaný zjistil, že mu družka nevyprala montérky. Na jeho dotaz následovaly opět výčitky, včetně obvinění, že ji připravil o peníze. Když se asi za dvě hodiny poté chystal ke spánku, všiml si, že žena drží zednickou paličku. Vytrhl jí ji z ruky a dvakrát ji udeřil do hlavy. Žena upadla v bezvědomí na zem. Posuzovaný v domněnku, že ji zabil, odešel do sklepa, kde začal hloubit jámu, aby ji pohřbil. Když se vrátil do ložnice, našel ženu, jak sedí na lůžku. Posuzovaný zajistil převoz do nemocnice, kde však druhý den zemřela. Posuzovaný byl znám svou rigidní nekompromisní povahou, pro niž nebyl oblíben. V práci byl dřič, měl silně vyvinutý smysl pro spravedlnost. Nepřátelské zaujetí vůči ostatním lidem včetně vlastních dětí se u něho začalo vyvíjet po rozvodu před patnácti lety, který nesl jako nezaslouženou ránu osudu. Při znaleckém vyšetření byla patrna značná zabíhavost myšlení, rozvlácnost, emoční labilita a chorobná vztahovačnost; pro svůj čin nalézal částečné ospravedlnění v negativních povahových vlastnostech družky. V psychologickém vyšetření byla přítomna výrazná intelektová deteriorace a postižení všípivosti. V projekčních testech se osobnost jevila jako agresivní a nepřizpůsobivá. Kombinace počínající vaskulární demence a osobnosti s paranoidními rysy vedla k doporučení ochranného psychiatrického léčení ústavní formou³³.*

³³ PAVLOVSKÝ, Pavel. *Soudní psychiatrie a psychologie*. vyd.1. Praha : Grada, 2001. 184 s. ISBN 80-247-0181-2

Do této skupiny také patří: **e) demence u chorob, které jsou klasifikovány jinde.** Patří se demence u Pickovy choroby, Creutzfeldtovy-Jakobovy choroby, Parkinsonovy a Huntingtonovy choroby. Tyto choroby si ve stručnosti objasníme.

Demence u Pickovy choroby (F02.0) – tato forma demence je velmi vzácná, vyskytuje se zpravidla v mezi 50. a 60. rokem života. Jak je tato choroba předávána není ještě jisté, ale předpokládá se, že genetickou cestou. Demence je charakteristická změnami pomalými změnami v charakteru postiženého. Dále jde o zhoršování intelektu, řeči, paměti. Vytváří se buď chorobná apatie³⁴ či euforie. U této choroby je obtížné odlišit, zda se jedná o Pickovu chorobu či chorobu Alzheimerovu. Rozhodujícím je nález tzv. Pickových tělísek v neuronech mozku.

Demence u Creutzfeldtovy-Jakobovy choroby (F02.1) – u této demence mluvíme o dvou variantách této choroby a to:

- a) choroba je vrozená – onemocnění je předáno genetickou cestou.
- b) choroba je získaná – onemocnění je předáno infekční cestou tzv. pomalými viry, které jsou označovány jako priony. Priony se do lidského těla dostávají prostřednictvím trávicího traktu po konzumaci nedostatečně tepelně zpracovaných potravin.

Obě varianty se vyznačují svalovou ztuhlostí, křečemi, poruchami koordinace pohybů nebo poruchami zraku. Nastupující demence je plynulá a poměrně rychle se rozvíjející. Nemoc většinou končí do dvou let smrtí.

Demence u Huntingtonovy choroby (F02.2) – tato demence je dědičná a začíná se projevovat mezi 40. a 50. rokem života. Klinický obraz je následující – dochází ke zpomalení myšlení (bradypsychismus) v důsledku toho dochází ke zpomalení pohybů (bradymotorika), dále je zřejmá změna osobnosti, v chování se objevují deprese. Nejnápadnějším příznakem této choroby jsou mimovolní pohyby obličeje, rukou a celého těla. Postižení touto poruchou si jen velmi těžko zapamatovávají nové a vybavují staré zážitky – je tedy značně porušena vstřípivost a vybavnost paměti. Nemocní většinou umírají do 10-15 let od začátku choroby. Tak jako u ostatních typů demencí léčba této choroby neexistuje.

³⁴ Apatie – slovo vyjadřující naprostou pasivitu, lhostejnost.

Demence u Parkinsonovy choroby (F02.3) – tento druh demence se vyskytuje především u osob, které trpí na Parkinsonovu chorobu (40-80%). Příčinou této demence jsou tzv. Lewyho tělíska v mozku, které se začínají objevovat v 7. decenniu života. Pro tento druh demence je typická zapomnětlivost - nemocní si nejsou schopni vybavovat staré obsahy paměti, což je ale odlišné od jiných demencí je, že jsou si schopni vštípit obsahy nové.

2) CELKOVÉ ORGANICKÉ PORUCHY MOZKU

Jak již jsem se zmínil na začátku této kapitoly, často se těmto poruchám říká symptomatické psychické poruchy, kdy mozek je porušen jako důsledek jiné nemoci a je zasažen jako jeden z mnoha orgánů. Tyto poruchy dělíme na psychické poruchy při somatických onemocněních infekčních, neinfekčních a metabolických a endokrinních a dále do této skupiny řadíme psychické poruchy při intoxikacích.

- a) **Psychické poruchy při infekčních somatických onemocněních** - do této skupiny řadíme poruchy, které vznikají vlivem toxických látek na CNS. Každé infekční onemocnění je vyjádřeno celkovou vyčerpaností organismu. Vlivem vyčerpanosti dochází k poruchám koncentrace, nezájmu, dráždivosti, nespavosti. Při břišním tyfu můžeme sledovat psychopatologické příznaky nemoci, při pneumonii³⁵ někdy je k vidění deliriózní syndrom apod.
- b) **Psychické poruchy při neinfekčních somatických onemocněních** – každé tělesné onemocnění nese lidský jedinec těžce a proto se projevuje i psychická odezva. Mohou se rozvíjet neurastenické (nervová slabost) a depresivní syndromy či psychotické obrazy. Při těžších poruchách jako jsou třeba jaterní poruchy mohou vzniknout deliriózní stavy, při žloutence psychické poruchy jako neurastenie a deprese. U plicní tuberkulózy jsou nemocní více egocentričtější zaměřeni, jsou více sexuálně vzrušiví a mají sklony vyvolávat konflikty. Po vyléčení se však tyto stavy upravují do normálu.
- c) **Psychické poruchy při metabolických a endokrinních poruchách** – co se týče charakteristiky této skupiny poruch, tak v zásadě platí to, co je uvedeno v předcházejících dvou skupinách s výjimkou průběhu, který se dlouhodobější.

³⁵ Pneumonie neboli zánět plic.

Psychické poruchy této skupiny jsou např. při cukrovce se objevují neurastenické syndromy, u Addisonovy choroby (porucha nadledvinek) je nemocný duševně skleslý, slabý, snadno unavitelný, objevují se deprese a apatie.

- d) **Psychické poruchy při intoxikacích** – při intoxikaci jakoukoliv jedovatou látkou dochází k poškození organismu jako celku. Podle charakteru látky se dočkáme i příslušné odezvy, vždy však s psychické. Intoxikace dělíme na akutní a chronické. Akutní jsou takové, kdy toxikoman neodhadne množství látky, chronická intoxikace je např. otrava aspirinem. U obou těchto typů se setkáváme jak s problémy tělesnými, tak psychickými. Při lehčích otravách mluvíme především o deliriózních stavech, u těžších otrav se charakteristické kóma.

Z forenzního hlediska je shrnutí organických duševních poruch je následující: v oblasti trestně právní mluvíme o nejrůznějších deliktech, tyto delikty bývají často původním příznakem poruchy. Po často bezúhonném životě se v oblasti majetkové a sexuální objevují násilné činy především proti svým blízkým (manželským partnerům, sousedům). Z hlediska diagnostického - rozvinuté formy organických duševních poruch, jsou důvodem pro přiznání vymizelých rozpoznávacích i ovládacích schopností a jsou ukládány do ochranné léčby s následným zbavením způsobilosti k právním úkonům. Co se týče lehčích forem, tak tam záleží na posouzení případ od případu, podle stupně poškození.

2.2.2 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek (F10-F19)

Tato skupina duševních poruch je velmi často diagnostikována a z forenzního hlediska má velkou důležitost. Této skupině patří kódy F10-F19. Jedná se o poruchy, které mají přímou souvislost s požíváním alkoholu nebo drog. Četnost duševních poruch vlivem užívání těchto látek v naší populaci stoupá a často jsou tyto duševní poruchy spjaty s jinými psychickými poruchami. Konzumace těchto látek patří ve společnosti k sociálně patologickým jevům. Z psychoaktivních látek zaujímá v naší kultuře jasné prvenství alkohol.

ROZDĚLENÍ PORUCH VYVOLANÝCH UŽÍVÁNÍM PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK
(DLE MKN 10):

- Alkohol (F10)
- Opioidy (heroin, morfium) (F11)
- Kannabinoidy (hašiš, marihuana) (F12)
- Sedativa a hypnotika (F13)
- Kokain (F14)
- Stimulanty (pervitin) (F15)
- Halucinogeny (F16)
- Tabák (F17)
- Organická rozpouštědla (F18)
- Jiné látky a kombinace (F19)

Dále MKN 10 uvádí jednotlivé typy poruch, jsou to:

- 0- **Akutní intoxikace** – jedná se o označení stavu po užití psychoaktivní látky, kdy dochází k poruchám úrovně vědomí, vnímání, emotivity, chování nebo jiných funkcí. Porucha souvisí s přímým akutním působením a časem mizí s návratem do normálu. Míra akutní intoxikace závisí na množství užití látky a taktéž na tělesné konstrukci uživatele a zkušenosti s drogou.
- 1- **Škodlivé užívání** – jde o nově zavedený pojem podle MKN 10. Jedná se o případy, kdy jedinec užívá danou látku pravidelně a její užívání má na něj negativní dopad. Je to tedy stav, kdy droga vyvolává škodu na zdraví a to jak na tělesném, tak i duševním.
- 2- **Syndrom závislosti** – jedná se stav, který je popsán jako nutkání brát drogu opakovaně. Syndromu závislosti nenastane ihned, ale jde po určitých stádiích. Vyskytuje se především u dlouhodobých konzumentů alkoholu a drog. Podle MKN 10, syndromu závislosti odpovídají následující body, které se musí projevit během 1 roku života:
 - silná touha užívat látku
 - zjevné potíže v kontrole užívání
 - přítomnost odvykacího syndromu (abstinenčních příznaků)
 - tolerance

- zanedbávání jiných činností ve prospěch potěšení z dané látky
- pokračování v konzumaci, přes jasný škodlivý efekt

Závislost rozeznáváme psychickou - silná touha po látce, pokud ji nemá dochází k poruchám koncentrace, tísní, napětí a somatickou projevem je odvykací syndrom.

- 3- Odvykací stav** – jde o soubor příznaků, které se projevují u abuzérů po odnětí látky. Jedná se o abstinenci příznaky, které se mohou projevit jak v oblasti psychické, tak i fyzické a to napětím, úzkostí, poruchami spánku, bolestmi hlavy, svalů, kloubů a celkovou vyčerpaností. V závažnějších případech se k těmto příznakům přidává i pocení, zvracení, křeče, průjem, neklid, náhlé pocity tepla a chladu v extrémních případech epileptické záchvaty, delirium, kóma a v poslední řadě smrt.
- 4- Odvykací stav s deliriem** – jde o stav popsany v bodě 3, jedná se tedy o odvykací stav, který přeroste ve stav deliriózní. Většinou jde o reakci na předchozí užívání alkoholu, sedativ nebo hypnotik.
- 5- Psychotická porucha** – jde o poruchy, které vznikají jako důsledek užívání psychotických látek. Jedná se o halucinace (sluhové, zrakové), bludy, mánické nebo depresivní příznaky a amence³⁶. Pokud mluvíme o psychotické poruše vzniklé užíváním drog, tak pak by neměla trvat déle než šest měsíců, pokud se jedná o dobu delší, pak užívání drog odkrylo skryté psychické onemocnění.
- 6- Amnestický syndrom** – tento syndrom se převážně vyskytuje u dlouhodobých konzumentů destilátů. Jedná se o poruchu paměti, která může být parciální - jedinec si nepamatuje některé obsahy od nástupu poruchy a globální - od nástupu poruchy si jedinec není schopen zapamatovat jakékoliv informace. Klinický obraz je nejprve euforický, poté nositel upadá do apatie. Typická je i dezorientace v čase a časté konfabulace.
- 7- Reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem** – tato skupina zahrnuje psychotické příznaky, které setrvávají i v období, kdy kontakt mezi jedincem a drogou byl přerušen nebo v obdobích kdy jedinec abstínuje. Jde o tzv. psychotické reminiscence (flashbacky) neboli projevy akutní intoxikace a jejich

³⁶ Amence – jde o poruchu vědomí, která se projevuje neschopností se orientovat.

trvání je krátké např. minutové. Kromě flashbacků sem patří i změny trvalejšího rázu jako kolísání nálad, povahové změny, demence. K demenci nejčastěji dochází vlivem užívání alkoholu, organických rozpouštědel, sedativ a hypnotik.

Ještě existují 2 skupiny dělení typů poruch a to **8 – jiné a 9 – nespecifikované**.

Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu (F10)

Alkohol je v našich geografických podmínkách nejrozšířenější drogou, kterou společnost více méně toleruje. Kliment ve svých skriptech uvádí, že pouhých 10 % populace zásadně odmítá pití alkoholických nápojů, 3% jsou na alkoholu závislí a 20% populace je potenciálně ohroženo touto závislostí. Téměř třetina trestných činů u nás je způsobena pod vlivem alkoholu. U mimořádných trestných činů jako je např. vražda, toto procento prudce stoupá (Statistika uvádí 70% všech vražd je pod vlivem alkoholu). Proto si tuto část kapitoly probereme podrobněji. Činnost znalce se hlavně týkají tyto okruhy:

1) Opilost

a) Prostá – jedná se o stav, který ovlivňuje psychické funkce vlivem požitého alkoholu. Toto ovlivnění je způsobeno poměrnou hladinou alkoholu v krvi neboli promile. Podle hladiny alkoholu v krvi dělíme opilost:

- do 0,5 ‰ – nerozpoznáváme známky opilosti
- 0,5 – 1,5 ‰ – mluvíme o lehké opilosti
- 1,5 – 2,5 ‰ – jedná se o střední opilost
- nad 2,5 ‰ – jde o těžkou opilost
- nad 3,0 ‰ – může dojít k otravě alkoholem

Ovlivnění rozpoznávacích a ovládacích schopností nelze posuzovat podle výše uvedených mezí, závisí zde také na toleranci k alkoholu a chování jedince po požití alkoholu. Proto je důležité při trestných činech pod vlivem alkoholu přivolat i soudního znalce, který by měl zajistit:

- výsledek dechové zkoušky
- výsledek rozboru krve
- výsledek vyšetření u kompetentního lékaře
- výpovědi svědků
- ostatní důkazy jako jsou účtenky v hospodě apod.

U prosté opilosti se většinou konstatuje nepodstatné snížení ovládacích a rozpoznávacích schopností. A pokud není dotčený na alkoholu závislí či netrpí jinou duševní poruchou, tak se nenavrhuje ani ochranná léčba.

- b) Komplikovaná – je to opilost, která ještě nezasahuje jádro osobnosti. Od prosté opilosti se liší intenzitou a trváním psychického vzrušení, po kterém dochází k poklesu v sebeovládání – nálada je tedy vzrušená a chování agresivní. Tuto opilost mnoho autorů neuznává, jelikož podle nich ještě více komplikuje nepřehlednou situaci.

Pokud však soudní znalec diagnostikuje tuto poruchu, tak dochází k diagnostikování snížených ovládacích a rozpoznávacích schopností v době činu.

- c) Patická – na rozdíl od výše zmíněné komplikované opilosti jde již o opilost, která zasahuje jádro osobnosti. Jde tedy o psychotickou poruchu, u které jsou přítomny mráкотné stavy, halucinace a bludy. Po vystřízlivění následuje úplná amnézie.

Tato opilost je z forenzního hlediska velmi důležitá, rozpoznání této poruchy vede k jednoznačné diagnostice o naprostém vymizení ovládacích a rozpoznávacích schopností.

- d) Kombinovaná – tato opilost je, jak určuje název kombinací. A to kombinací léku a alkoholu.

Soudní znalec posuzuje úmyslnost či neúmyslnou požití této kombinace a dále se zabývá možnými psychopatologickými projevy, které jsou velmi široké. Nelze předem určit zachování, či snížení rozpoznávacích schopností. Vždy záleží na množství zkonsumované látky.

2) **Syndrom závislosti na alkoholu**– co je to syndrom závislosti jsme si popsali již v jednotlivých poruchách konzumace psychoaktivních látek. Zde si probereme především závislost z hlediska forezního. Podle amerického alkoholologa E.M. Jellineka³⁷ existují 4 vývojová stádia závislosti na alkoholu.

Na forezní hledisko nemají první dvě stádia téměř žádný vliv. Jde o stádia označovaná jako počáteční a varovné a jsou charakterizována tak, že piják má alkohol pod kontrolou. Vyskytují se především u neukázněných pijáků, hazardního a problémového pití.

Z forezního hlediska má význam tedy III. a IV. stádium. Ve III. stádiu (rozhodném) již nemá piják svůj alkohol pod kontrolou a stává se s něj alkoholik (vždy vypije více než zamýšlel). V tomto stádiu ještě alkoholik dokáže bez problémů dlouhodobě abstinovat, proto je pro tento typ alkoholismu důležitá celoživotní abstinence. Rozeznáváme dva druhy těchto alkoholiků a) anglosaský, gama-typ – jsou to alkoholici pijící pivo a tvrdý alkohol. Tento typ u nás převažuje. b) románský, delta-typ – jsou to alkoholici pijící převážně víno. Tito alkoholici dokáží pít s mírou, ale na druhou stranu nedokáží abstinovat. Tento typ je u nás poměrně vzácný a z forezního hlediska má menší význam.

U IV. stádia dochází k poklesu tolerance, alkoholik většinou pije v delších tazích, objevují se zde abstinenci příznaky. Alkoholik v tomto stádiu má velké problémy s abstinencí.

Z forezního hlediska se rozpoznávací a ovládací schopnosti ve III. stadiu považují za zachovalé, od tohoto stádia se také stanovuje ochranné léčení. U stádia IV. se přihlíží k přítomnosti abstinenci příznaků a změn v intelektu, které jsou způsobeny dlouhodobou konzumací alkoholu

³⁷ **Elvin Morton Jellinek** (1890-1963) – kanadský psychiatr a alkohololog, zakladatel čtyř vývojových stádií alkoholismu. Tyto stádia uvedl v roce 1952.

DUŠEVNÍ PORUCHY VZNIKAJÍCÍ VLIVEM NADMĚRNÉHO UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU

a) Psychotické

Delirium tremens – jde o zvláštní případ demence, který je typický pro dlouhodobé konzumenty alkoholu, především destilátů. Delirium nastupuje vlivem přerušení dodávky alkoholu. Příznaky deliria propukají do 24 až 48 hodin od posledního napití. Projevuje se především ve večerních a nočních hodinách a to dezorientací místem, časem, zrakovými a sluchovými halucinacemi (typické je vidění malých zvířat – pavouků, myší, hadů apod.), dále je příznačná úzkostná nálada. Z tělesných příznaků se jedná o zarudlost a silné pocení. Stejně jako u deliria tremens mají i dále uvedená psychotická onemocnění ráz odvykacího stavu.

Alkoholická halucinóza – zde jsou typické sluchové halucinace.

Alkoholická paranoidní psychóza – vyznačuje se bludnými představami.

Korsakova psychóza – vyznačuje se poruchami paměti, především vstřípivostí.

b) Nepsychotické

Alkoholická demence – vlivem nadměrného pití dochází k úbytku intelektových schopností, později dochází k demenci.

Alkoholická degradace osobnosti – zde dochází k degradaci osobnosti ve smyslu hubnutí, ztráty vyšších citů, ochuzení zájmů a zálib apod. Pro alkoholiky je pití na prvním místě a současně je jejich zálibou.

Kazuistika č.3: *23-letý muž stíhán pro trestný čin výtržnictví a napadení veřejného činitele, když pod vlivem alkoholu napadl na koupališti plavčíka a policistu. V kritický den vypil asi půl litru vodky. Na koupališti ho plavčík vyzval, aby opustil místo, na které byl zakázaný přístup. Obviněný do něho strčil, až plavčík spadl do vody – obviněný za ním skočil a kousl ho do prsou, poté odplaval pryč. Při pokusu o zadržení napadl dalšího muže, kterému srazil brýle. Policistům hrubě nadával a pral se s nimi celou cestu na záchytnou stanici. Obviněný později uvedl, že ho rozčílila plavčíkova výzva. Na celou událost si dobře pamatoval – cítil se prý poněkud podnapilý v důsledku velkého horka. Za 3 hodiny po incidentu byla zjištěna alkoholemie 1,23%. Z amnestických dat byla zjištěna opakovaná trestná činnost (krádeže, výtržnosti – např. pod vlivem alkoholu vyhodil průvodčího z vlaku nebo se porval s otcem). Z alkoholických nápojů posuzovaný preferoval pivo. Nebyl dosud protialkoholně léčen. Znalec uzavřel na prostou podnapilost lehkého až středního stupně, na agresivním chování se kromě alkoholu podíleli i agresivní tendence posuzovaného,*

horké počasí a konfliktní situace, na jejímž vyvolání neměl pachatel výhradní vinu. Ovládací schopnosti pachatele byly zhodnoceny jako lehce snížené při plném zachování schopností rozeznávacích a bylo doporučeno ochranné protialkoholní léčení ambulantní formou.³⁸

Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů (F11)

Do této skupiny řadíme látky, které se v přírodě vyskytují v zaschlé šťávě nezralých makovic – opium. Mezi volně vyskytující se opiáty řadíme morfin, který je znám svým tlumícím a euforizujícím účinkem. V našich podmínkách se závislost na morfinu vyskytuje velmi vzácně, jelikož spotřeba morfinu je ve zdravotnických zařízeních přísně evidována.

Dalším opiátovým alkaloidem je kodein. Ten se hojně využívá ke tlumení kašle. V naší zemi se v minulosti užíval po domácku vyráběný roztok braun, který byl vyráběn stejně jako kodein z nezralých makovic a v devadesátých letech začal být postupně nahrazován heroinem. Heroin je svými účinky velmi podobný morfinu s rozdílem rychlejší návykovosti a dostupnosti.

Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kannabinoidů (F12)

Kannabinoidy jsou obsaženy v marihuaně (vrcholky květu konopí) a v hašiši (extrakt z konopí). Do těla se dostává kouřením nebo pokrmem. Jedná se o „měkkou“ drogu, která je rozšířena především mezi mladistvými. Nebezpečí této drogy tkví v tom, že účinky abuzérům této drogy nemusí stačit a časem snadno přejdou na drogy „tvrdé“.

Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ a hypnotik (F13)

Ze sedativ a hypnotik se u nás nejvíce setkáme s neúžitím diazepamu a jeho derivátů. Mezi abuzéry se nejčastěji řadí ženy ve střením věku, jelikož jsou jim tyto látky často ordinovány. Z forenzního hlediska je nebezpečná kombinace těchto látek s alkoholem, při této kombinaci se může vyskytnout agresivní chování a delirium.

³⁸ PAVLOVSKÝ, Pavel . *Soudní psychiatrie pro právníky*. vyd.2. Praha : Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010. 80 s. ISBN 978-80-87146-36-1.

Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu (F14)

Jedná se o velmi nebezpečnou drogu, která se užívá pro svůj stimulační účinek. Pravidelná konzumace může vést k degradaci vyšších citů a celkové osobnosti. Do těla se dostává buď šňupáním nebo vdechováním par při jeho zahřívání. Jde o velmi návykovou látku, kdy závislost se může projevit po první dávce.

Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním stimulantů (F15)

Zde je nejrozšířenější metamfetamin (pervitin). Droga, která je po alkoholu druhá nejrozšířenější v ČR. Existuje zde závislost jak fyzická tak i psychická. Ve vyšších dávkách může způsobovat perzekuční bludy či zrakové halucinace, dále pak poruchy vědomí jako je amence či delirium.

Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů (F16)

Do této kategorie řadíme jak látky přírodní tak syntetické. Z přírodních sem spadají lysohlávky, meskalin (kaktusy) ze syntetických LSD. Po vstřebání látky dochází k iluzím a halucinacím.

Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku (F17)

Tabák je v našich podmínkách hojně užíván a to jak kouřením, tak i žvýkáním nebo šňupáním. Existuje na něj závislost psychická i fyzická. Poškození zdraví je pomalé a zůstává pouze ve fyzické oblasti (záněty průdušek, plicní rakovina, srdeční choroby apod.).

Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním organických rozpouštědel (F18)

Z rozpouštědel je nejčastěji užívanou látkou toluen. Mezi konzumenty těchto látek jsou většinou mladí lidé bez kvalifikace a často bez zaměstnání. K intoxikaci dochází pomocí hadru, který je namočen do toluenu a přiložením k obličeji dochází ke vdechování těchto výparů. V extrémní situaci si abuzéři, pro lepší účinek látky, přetahují přes hlavu igelitovou tašku, což ne jednou vedlo ke smrti.

Souhrn duševních poruch vyvolaných požíváním psychoaktivních poruch je následující. Forenzní problematika alkoholismu je ze znaleckého hlediska značně složitá. Při spáchání trestného činu je nutné rozpoznat, zda se jednalo o jednorázový projev nebo projev škodlivého užívání či závislosti. Často se u poruch vlivem alkoholu diagnostikují snížené nebo vymizelé rozpoznávací a ovládací schopnosti. Co se týče drog, tak je posuzování velmi podobné jako u alkoholismu. Opět je nutné prověřit, zda se pachatel dopustil trestného činu v jednorázové intoxikaci či šlo o projev závislosti. Je také nutné rozeznat zda se jednalo o naplánovaný čin, u kterého je málo důvodu k přiznání snížených a rozpoznávacích schopností či o čin nenaplánovaný, který vychází ze situace. Návrh detoxikačního léčení vyplývá vždy z konkrétní situace.

2.2.3 Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy (F20-F29)

Nejčastější poruchou této skupiny je schizofrenie (F20). Z hlediska nosologického patří k závažným psychickým poruchám, v syndromologickém smyslu ji někteří autoři označují za nejvážnější psychickou poruchu. Chorobu jako takovou popsal v roce 1886 Emil Kraepelin³⁹, který ji nazval „dementia praecox“ a považoval za hlavní příznak choroby demenci. Tento termín se u nás používal až do 20. let minulého století. V roce 1911 si však Paul Eugen Bleuler⁴⁰ uvědomil, že u choroby nejde o pravou demenci a navrhl pro tuto chorobu nový název „schizofrenie“. Termín schizofrenie doslovně znamená „rozštěpení mysli“, což můžeme chápat jako rozštěp osobnosti – nedostatečného „jánství“ nebo rozštěp mezi jednotlivými psychickými ději. Prevalence⁴¹ zastoupení v celosvětové populaci se odhaduje na 1% populace. Tato porucha se většinou vyskytne mezi 16. až 25. rokem života. Onemocnění se může vyskytovat ve dvou formách:

- a) V atakách (epizodách) po kterých dojde k částečnému nebo úplnému zotavení. U této formy se střídají ataky s obdobími relativního zdraví. V období zdraví je postižený schopen plnit téměř všechny své povinnosti nebo může docházet k narušování osobnosti či postupnému chronickému rozpadu.

³⁹ Emil Kraepelin (1856 – 1926) německý psychiatr, jeden ze zakladatelů moderní psychiatrie.

⁴⁰ Paul Eugen Bleuler (30 dubna, 1857 - 9 února, 1940) švýcarský psychiatr, přispěl k chápání některých duševních chorob. Vymyslel název pro poruchu „schizofrenie“.

⁴¹ Prevalence – jde o poměr počtu nemocných k počtu obyvatel.

b) Chronicky bez výrazného zlepšení.

Podle Miňhové jsou pro schizofrenii typické tyto klinické obrazy:

- Porucha emocí spojená s narušeným kontaktem s realitou
- Autismus (uzavření se do „vnitřního světa“)
- Neadekvátní afekty
- Bizardní chování
- Bludy a halucinace
- Citová ambivalence (přítomnost citových protichůdných postojů)
- Emoční oploštělost
- Nejistota, úzkost a neklid
- Neologismy v řečovém projevu⁴²

I přes mnohaletý vědecký výzkum není zatím etiologie schizofrenie známa. Spíše se mluví o vlivech, které mohou schizofrenii způsobit nežli o jejich příčinách. Mezi rizikové vlivy se řadí faktory genetické a psychogenní a jedná se tedy o dědičnost, odchylky nitroděložního vývoje či rodinné vztahy v raném dětství. Ze statistiky vyplývá, že pokud alespoň jeden rodič trpí schizofrenií je možnost onemocnění u dětí (12%).

FORMY SCHIZOFRENIE (F20):

Paranoidní schizofrenie (F20.0) – jedná se o nejčastější druh schizofrenie, která je poměrně dobře diagnostikovatelná. Jak již napovídá název v popředí této choroby stojí paranoidní bludy o kterých je postižený nevyvratně přesvědčen. Tyto bludy mohou být doprovázeny i halucinacemi. U tohoto druhu poruchy hrozí především trestné činy násilného charakteru.

Kazuistika č.4: *V r.1985 byl stíhán 28letý inženýr pro trestný čin útoku na veřejného činitele, přípravu trestného činu opuštění republiky a pokusu o trestný čin vraždy. Trestné činnosti se dopustil tak, že z upravené pušky poblíž hraničního pásma střelil po příslušníkovi pohraniční stráže, k jehož zranění nedošlo jen díky tomu, že se kulka odrazila od nastaveného samopalů. Obviněný byl opakovaně znalecky posuzován a vzhledem*

⁴²MIŇHOVÁ, Jana. *Psychopatologie pro právníky*. 3.rozš.vyd. Plzeň : Aleš Čeněk, 2006. 134 s. ISBN 80-86898-70-9.

k rozporům ve znaleckých posudcích byl posléze vyžádán ústavní znalecký posudek na základě pozorování v uzavřeném psychiatrickém zařízení. V rodinné anamnéze byl zajímavý údaj, že otec obviňoval matku, že ho chce otrávit. Bratranec z otcovy strany byl psychiatricky léčen. Obviněný se od dětství jevil jako uzavřený a málo společenský chlapec. V posledním ročníku VŠ pociťoval nesnesitelné bolesti v břiše a v hlavě, které připisoval tajné organizaci, která ho ozařuje magnetickými vlnami. V té době bylo mučení tak silné, že si proti účinku paprsku dával na hlavu železný hrnec a při učení se zavíral do skříně, kterou vystlal staniolem. Studia dokončil s určitým zpožděním; jeho zaměstnavatel konstatoval nedostatek zájmu o pracovní problematiku. V té době poslal popuzovaný stížnost ministerstvu vnitra a ke krajskému soudu, jenž se týkala tajné organizace. Jeho stížnosti zůstali bez odpovědi. Poté podal „zlepšovací návrh“, aby žáci vyšších ročníků vyučovali mladší žáky a tak se ušetřilo na platech učitelů. Ministerstvo školství předalo tento „zlepšovací návrh“ Úřadu pro objevy a vynálezy, odkud dostal zamítavou odpověď. Mučení mělo podle posuzovaného vyvolat pocity lásky, avšak bylo tak nesnesitelné, že po návratu z výkonu základní vojenské služby, kde byl považován za podivína s arogantním vystupováním, se rozhodl k útěku do Rakouska. Zvolil místo, které dobře znal „protože jím projížděl vlakem“. K překonání drátěných zátarasů se vyzbrojil skládacím žebříkem – byl pochopitelně zadržen a odsouzen k nepodmíněnému trestu OS v délce 1 roku. V ikavské věznici se rozhodl, že příště realizuje útěk za pomoci zbraně „protože mučení denně zabíjí tisíce lidí a proto zavítí několika vojáků nebude nic znamenat“. Chtěl si vyrobit pistoli se sedmi hlavními, místo střelného prachu chtěl použít směsi síry a hlaviček od zápalek. Protože se mu nepodařilo pistoli vyrobit, opatřil si starou pušku, které uřízl pažbu. Vybavil se turistickou mapou, kartáčem a mýdlem, aby si mohl omývat boty a tak zmátnou psům stopu. Cestou z Plzně k západní hranici šel několik km po železniční trati, neboť „je tam množství výkalů z vlaku a psi ho proto nenajdou“. Při přiblížení k hranici však již šel přímo po silnici; když zastavilo kolemjedoucí auto, bez váhání vystřelil na prvního vojáka, který vystoupil. Při znaleckém vyšetření bylo nápadné citové oploštění, chyběla známka vřelosti k rodičům či ke komukoli jinému. Nadále trval na svém přesvědčení, že ho tajná organizace, kterou nedovedl blíže identifikovat, stále mučí nesnesitelnými bolestmi a zabraňuje mu ve styku se ženami. Byla zjevná porucha koncentrace pozornosti, snižená

volní aktivita, v myšlení bylo nápadné pseudofilozofování. Na základě všech zjištěných skutečností znalci jednomyslně diagnostikovali paranoidní schizofrenii, konstatovali vymizení rozpoznávacích a ovládacích schopností a doporučili ochranné psychiatrické léčení ústavní formou.⁴³

Hebefrenická schizofrenie (F20.1) - tento druh schizofrenie se vyskytuje převážně v dospívání (15 až 25 let). Projevuje se především v chování a to vystupňovanými pubertálními rysy. Někdy se tomu chování říká „bouřlivá puberta“ – časté chichotání, nepřiléhavé usmívání nebo vtípkování, objevuje se také hypersexualita, koprolalie. Dále dochází k zanedbávání zálib a k porušování etiky. Dochází tedy k depersonalizaci postiženého. Tento druh schizofrenie bývá z důvodu těchto projevů velmi těžce diagnostikován. Z důvodů poruch chování mohou být takto narušení jedinci zneužiti a to např. při pouličních nepokojích, při výtržnostech na fotbalových stadionech apod.

Katatonická schizofrenie (F20.2) – tato schizofrenie se vyskytuje poměrně vzácně. Tento druh schizofrenie je typický katatoními projevy, které mohou nabývat dvou extrémů:

- a) **Stuporózní** – objevuje se negativismus, mutismus, odmítání jídla, strnulost, končetiny setrvávají v krkolomně nastavených polohách tzv. vosková ohebnost. I přes tuto strnulost se postižený může dopustit agresivního trestného činu.
- b) **Produktivní** – typické jsou grimasy, pitvoření, výkřiky, opakování slov, ceremoniály. Pavlovský ve své knize uvádí případ, *kdy se setkal s nemocným, který nehnutě seděl v kuchyni, náhle vstal, vzal matce, která krájela zeleninu nůž a probodl ji. Poté zaujal svou předchozí pozici. Své jednání odůvodnil tím, že ho to jen „napadlo“.*⁴⁴

Nediferencovaná schizofrenie (F20.3) – je charakterizována stavy, které splňují všeobecné diagnostické kritéria pro schizofrenii, ale nelze ji však zařadit do žádných z výše uvedených specifických typů.

⁴³ PAVLOVSKÝ, Pavel. *Soudní psychiatrie pro právníky*. vyd.2. Praha : Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010. 80 s. ISBN 978-80-87146-36-1.

⁴⁴ PAVLOVSKÝ, Pavel. *Soudní psychiatrie a psychologie*. vyd.1. Praha : Grada, 2001. 184 s. ISBN 80-247-0181-2

Simplexní schizofrenie (F20.6) – je charakteristická plíživým začátkem a je spatně diagnostikovatelná. Typickým symptomem je autismus, tedy stav, kdy nemocný dlouhé hodiny sedí zahloubán do sebe bez možnosti reálného navázání kontaktu. Dochází k zanedbávání svých zájmů. Nemocný se přestává učit, pracovat. Afekty postižených jsou pro okolí nevysvětlitelné.

Schizotypní poruchy (F21)

O schizotypní poruchu se jedná pokud se 2 roky projevují nápadnosti schizofrenie, které však nedosahují takové hloubky. Tento stav se dříve nazýval jako „hraniční stav“ schizofrenie.

Poruchy s bludy (F22)

Tyto poruchy jsou často také známy jako paranoidní poruchy. Podle MKN 10 sem řadíme chorobné stavy u nichž jsou dlouhotrvající bludy a halucinace jedinými patologickými příznaky. Tyto poruchy mají chronický průběh a často se vyskytují po 40. roku života a to vlivem zátěžových situací.

- 1) Parafrenie – jedná se o psychotické onemocnění, které bere jedna část autořů za samostatné onemocnění, druhá část jako druh schizofrenie. Parafrenie se nejčastěji vyskytuje mezi 40. až 50. rokem života. Je typická bludy a halucinacemi (sluchovými, tělovými), které mají dobrodružnou a fantastickou formu. Pro diagnostiku této poruchy nesmí být přítomny další příznaky schizofrenie jako je autismus apod.
- 2) Paranoia – jedná se o chronické onemocnění, které má plíživý průběh. Vzniká kolem 40. roku života a postihuje více muže než ženy. Typické jsou paranoidní bludy, které vytvářejí tzv. bludný systém - propojené myšlenky, které vytvářejí obsahový celek. Nejčastější bludy jsou megalomanské, perzekuční a kverulantské. Tyto bludy jsou pro nositele nevyvratitelné jakýmikoliv argumenty.

Forenzní posuzování této psychické poruchy je poměrně jednoduché a její diagnostikování ve k jednoznačné exkulpací pachatele. Z hlediska trestných činů je většina činů bizarních jak v motivaci, tak v provedení. U násilných trestných činů se vyskytuje zjevná brutalita a symboly obřadnosti. Ze statistik vyplývá, že oběť je nejčastěji z rodinného kruhu, ale může se jednat i o cizí osobu. Objevují se zde i činy v tzv. schizofrenním raptu, kdy nemocný agresivně napadá každého v okolí a pokud je takový člověk vybaven střelnou zbraní, může dojít k rozsáhlému masakru. Nezanedbatelné jsou také útoky na vlastní osobu, ze statistik vyplývá 10% sebevražd (převážně u zlepšování choroby). Jelikož je většina trestných činů spáchána pod vlivem schizofrenie, tedy na bázi bludů či halucinací – je pachatel považován za částečně nebo úplně nepřičetného. Za trestné činy v době choroby není tedy pachatel právně zodpovědný. Důležité je také posuzování v době zlepšování choroby (remise), kdy je potřebné zhodnotit stupeň právní zodpovědnosti. Je zde nutné rozpoznat zda zlepšení choroby je dlouhodobé bez nutnosti brát psychofarmaka nebo s trvalým užíváním. V oblasti občanskoprávní přichází v úvahu omezení nebo ztráta způsobilosti k právním úkonům. Velmi obtížné k posuzování jsou kontakty s dítětem – zde je nutné velmi dobře odhadnout do jaké míry je postižena emotivita!

2.2.4 Poruchy nálady – afektivní poruchy (F30-F39)

Základním symptomem této skupiny je tedy patická nálada a její základní druhy – manická nálada (F30.0), hypománie (F30.1) a depresivní nálada (F32). Jednotlivé symptomy poruch nálady jsem popsal v obecné psychopatologii v kapitole poruchy nálady (2.1.4). V této části doplním tyto symptomy o kazuistiku a forenzní posuzování.

Kazuistika č.5: *40letá žena obviněná z trestného činu vraždy. V osobní anamnéze se vyskytují depresivní fáze po obou porodech, kdy byla ambulantně psychiatricky léčena. Řadu let pak prožila bez obtíží; v posledním měsíci se brzy probouzí a spánek nepřináší úlevu, naopak po ránu je zvýšeně unavená, ztrácí radost ze života, práce jí jde těžko od ruky, narůstají obavy o osud dětí. V kritický den časně ráno ve vražedném úmyslu sekyrou udeří obě děti do hlavy a poté se pokouší o skok z okna. Je zadržena manželem, který zajišťuje pomoc i pro obě děti, jejichž zranění se naštěstí ukazují jako lehká. Při znaleckém vyšetření je posuzovaná stále bez náhledu na chorobnost svého jednání, nálada je hluboce depresivní s pesimistickými vyhlídkami do budoucna. Znalci diagnostikují těžkou depresivní s psychotickými příznaky, které vedly k rozšířené sebevraždě. Rozpoznávací*

*a ovládací schopnosti jsou hodnoceny jako vymizelé a navrhuje se ochranná psychiatrická léčba ústavní formou.*⁴⁵

Z forenzního hlediska má klasifikace **mánie a hypománie** velký význam, v těchto stavech může dojít vlivem chorobně zvýšené nálady ke rvačkám, výtržnostem, ublížení na zdraví či jiné ale většinou násilné trestné činy. Výše uvedené trestné činy jsou velmi často spojeny s konzumací alkoholu. Nesmírně nebezpečným je člověk v manickém nebo hypománickém stádiu za volantem auta, kdy vlivem lehkomyšlnosti a riskantnosti, tedy vlastnostmi, které jsou pro tuto fázi typické může dojít k obrovskému neštěstí. V občanskoprávních záležitostech může často docházet vlivem zvýšeného sebevědomí a patické nálady k uzavírání nevýhodných smluv či k nesmyslným investicím a tedy k rozhazování peněz. Rozpoznání patické nálady vede k okamžité neplatnosti právního úkonu.

Z hlediska **depresivní epizody** (nálady) se v oblasti trestně právní můžeme setkat s trestnými činy převážně nedbalostního charakteru. Postiženým v této epizodě chybí aktivita k vykonání povinností, selhání často ještě více prohlubují deprese, což má za následek časté sebevraždy. Rozpoznání této nálady vede k exkulpaci pachatele. Z hlediska občanskoprávního může dojít vlivem těžkých depresí např. ke změně závěti, těžká deprese, kdy má nositel sklony k sebevraždě může vést k ambulantní hospitalizace bez souhlasu.

Hlavní jednotkou této skupiny je však **bipolární afektivní porucha (F31)** (dříve známá jako maniodepresivní psychóza či cyklofrenie). Tato porucha se projevuje výskytem buď manické nebo depresivní fáze, v počátečních stádiích se většinou jedná o fázi depresivní. Vliv na tuto poruchu mají genetické faktory a většinou vzniká mezi 15. až 25. rokem života. Tato porucha je charakteristická plynulým střídáním depresivní a manické fáze (proto bipolární). Tyto příznaky však mohou být přítomny i současně, poté jde o poruchu smíšenou. Jednotlivé fáze mohou trvat i několik měsíců – manické fáze obvykle 4-5

⁴⁵ PAVLOVSKÝ, Pavel . *Soudní psychiatrie pro právníky*. vyd.2. Praha : Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010. 80 s. ISBN 978-80-87146-36-1.

měsíců, depresivní i déle. Mezi jednotlivými fázemi dochází k úplnému uzdravení nebo zlepšení choroby.

Pokud se vyskytuje jen depresivní fáze bez manické, mluvíme o periodické rekurentní depresi (F33).

Kazuistika č.6: *38letý muž, stíhán pro trestný čin výtržnictví a poškozování cizího majetku. Opakovaně hospitalizován v psychiatrických zařízeních pro bipolární afektivní poruchu a alkoholismus. V manické fázi zvýšeně konzumuje alkoholické nápoje, hostí kamarády, během hlučné zábavy dochází ke konfliktu s hostinským, který odmítl nalévání piva. Posuzovaný ho fyzicky napadá, dochází ke rvačce, které se účastní všichni přítomní. Posuzovaný postupně demoluje zařízení výčepu. Vzhledem k psychiatrické anamnéze je převezen na psychiatrické oddělení, kde i po odeznění alkoholové intoxikace je patrná chorobně zvýšená nálada s myšlenkovým tryskem a pocitem naprostého zdraví. Trestnou činnost bagatelizuje, považuje ji za dobrý žert. V noci nespí, neustále navazuje kontakty, v hovoru se nenechá přerušit, cítí se přímo nabitý elánem. Během léčby dochází k přesmyku do depresivní fáze, posléze k úpravě stavu. Znalci diagnostikují bipolární afektivní poruchu s tím, že se trestné činnosti posuzovaný dopustil v manické fázi, takže jeho ovládací a rozpoznávací schopnosti byly vymizelé. Navrhují ochrannou psychiatrickou léčbu ambulantní formou, neboť původní chorobná symptomatika odezněla a spolupráce s psychiatrickou ambulancí se jeví jako perspektivní.*⁴⁶

Dále se můžeme setkat s trvalými poruchami nálad (F34), které rozlišujeme na **cyklotymii (F34.0)** a **dystimii (F34.1)**. Jedná se o poruchy pro jejichž diagnózu je nutné trvání poruchy alespoň 2 roky. U cyklotymie dochází k výkyvům nálad (střídání depresivních a hypomanických) jako u bipolární afektivní poruše ale v menším rozsahu. U dystimie je typická přítomnost trvalé mírné deprese. Intenzita deprese je málo závažná a málokdy vede k pracovní neschopnosti či hospitalizaci. Pokud se u těchto dvou poruch vyskytnou psychotické příznaky (halucinace, bludy) je nutné změnit diagnózu na bipolární afektivní poruchu či periodickou rekurentní depresi.

⁴⁶ PAVLOVSKÝ, Pavel . *Soudní psychiatrie pro právníky*. vyd.2. Praha : Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010. 80 s.

2.2.5 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy (F40-F49)

Jedná se o velmi časté lehčí psychické poruchy (především emotivity), které nejsou provázeny strukturální změnou v mozku. Tyto poruchy byly dříve klasifikovány jako „neurózy“. Na jejich vzniku se podílí celá řada psychických faktorů jako jsou reakce na tíživou situaci, události katastrofického rázu, neřešitelné problémy ale i neurotické chování rodičů, terorizování, nedostatky ve školní výchově apod.

Jedinec tuto poruchu vnímá a obtěžuje ho jak tělesně tak i duševně, má tedy na chorobu náhled.

Mezi hlavní projevy neurotických poruch řadíme úzkost, strach, deprese, fobie, poruchy spánku, obavy z budoucnosti, nesoustředěnost, podrážděnost apod. Z tělesných příznaků to jsou bolesti hlavy, svalů, bolesti na hrudi, závratě, napětí svalstva, zvracení, průjemy atd.

Souhrnně můžeme říct, že se jedná o nejobvyklejší duševní poruchy a podle odhadu jistými neurotickými příznaky trpí 20 – 40 % populace.

MEZI TUTO SKUPINU PORUCH PŘEDEVŠÍM PATŘÍ:

Fobické úzkostné poruchy (F40) – hlavním znakem jsou fóbie (viz. obecná psychopatologie – kapitola 2.1.4 poruchy emotivity). Jednotlivé fobie bývají často sdruženy s dalšími poruchami jak neurotického rázu, tak depresivního.

MKN klasifikuje do těchto poruch tyto fobie:

Agorafobie (F40.1) – jedná se tedy o strach z volného prostranství, cestovní, opuštění domova. Pocity úzkosti jsou doprovázeny typickými reakcemi na fobii, tedy bušením srdce, pocením, chvěním, bolestmi na prsou či strachem ze smrti.

Sociální fobie (F40.2) – tato fobie začíná převážně v adolescenci a řadí se mezi nejobtížněji zvládnutelné. Je to z toho důvodu, že se jedná se o strach ze středu pozornosti, zvědavých pohledů, často se objevuje také obava ze setkání s lidmi opačného pohlaví či mluvení na veřejnosti. Dotyčný se těmto obavám vědomě straní, což také často vede k uzavírání se do samoty a pocitům úplné neschopnosti. Takto narušení jedinci se často přiklánějí k alkoholu či drogám.

Specifické (izolované) fobie(F40.3), kterých se rozlišuje více než stovka. Některé tyto fobie jsou vyjmenovány v obecné psychopatologii v kapitole 2.1.4 poruchy emotivity.

Jiné úzkostné poruchy (F41) – patří sem panická porucha (F41.0) jedná se o periodické ataky úzkosti, které se projevují spontánně, bez vazby na určitou situaci. Ataky mají náhlý začátek a trvají několik minut. Jsou doprovázeny strachem ze smrti, bušením srdce, pocením, dušností. Další poruchou spadající do této kategorie je generalizovaná úzkostná porucha (F41.1), která není periodická ale trvalá a mění se u ní pouze intenzita. Pro diagnostiku této poruchy se musí projevovat po dobu 6 měsíců příznaky jako je svalové napětí nebo bolesti, nervozita, stížené usínání, předtuchy – obavy o sebe, o rodinu.

Obsedantně kompulzivní poruchy (F42) – tyto poruchy se projevují vtíravými myšlenkami nebo akty (viz obecná psychopatologie –kapitola 2.1.5 poruchy jednání nutkavé jednání). Vtíravé neboli obsedantní myšlenky jsou myšlenky, které se v mysli neustále stereotypně opakují a vždy vyvolávají tíseň. O aktech můžeme říct, že se jedná o výsledek myšlenek, kdy se akty znovu a znovu opakují (neustále kontrolování úniku plynu apod.)

Z hlediska forezního není u neurotických poruch narušen úsudek a postižený se dokáže ovládat. Pokud tedy dojde k trestnému činu není důvod pro snížení ovládacích a rozpoznávacích schopností. Individuálně by se měla posuzovat obsedantně kompulzivní porucha, kdy vlivem nutkavého jednání může, ale nemusí dojít ke společensky nebezpečnému činu -nutkání někomu ublížit.

Reakce na závažný stres a poruchy přízpůsobení (F43) – Z hlediska forezního jde o velmi důležité poruchy. Patří sem akutní reakce na stres (F43.0) - většinou vzniká reakcí na podněty jako úraz, živelné pohromy, přepadení, znásilnění, ztráty blízkých osob apod. Vždy záleží na osobnosti člověka, jak dovede zvládat stresové situace, tím pak dovede ovlivňovat výskyt a závažnost reakcí. Akutní stresová reakce se objevuje během několika minut, nejpozději však do dvou hodin od stresující události. Sama vymizí během několika dnů, kdy zmírnění musí přijít do 48 hodin od začátku stresové reakce. Vedle příznaků pro diagnostikování úzkostných poruch se zde vyskytuje i zúžení pozornosti, desorientace, agresivita, beznaděj, bezúčelná aktivita, ustrnutí, útěk apod.

Posttraumatická stresová porucha (F43.1) – jedná se zpožděnou reakci na stresovou událost nejčastěji katastrofického rázu. Pro tuto poruchu je typické vracení se kritické události ve vzpomínkách či snech. Porucha vzniká po několika týdnech či měsících od stresové životní události, nejpozději však do 6 měsíců. Provází ji dráždivost, nespavost, úzkost, deprese, úlekové reakce, problémy s koncentrací atp.

Tato porucha byla velmi častá u lidí, kteří si na vlastní kůži prošli válečnými událostmi. Není překvapení, že poprvé byla porucha pozorována u vojáků vracejících se z války, proto se dříve mluvilo jako o „válečném syndromu“.⁴⁷

Poruchy přizpůsobení (F43.2) – jedná se o stavy tísně a deprese. Vznikají jako následek na určitou životní změnu či následek stresové situace. Vznik je obvykle do 1 měsíce a doba trvání je odhadována na několik měsíců. Projevují se depresivní náladou, obavami, úzkostí. U adolescentů je běžné agresivní chování a kriminální činy. U dětí se hovoří o zhoršení se v učení, nočním pomočování atp.

Z forenzního hlediska je nutné individuální posuzování, jelikož předem soudní psychiatr neví jak daný člověk reaguje na stresové situace. Je zde tedy nutné posoudit osobnost pachatele. Při reakci na akutní stres a to formou ustrnutí, útekem, sníženým vědomím, nemůže být takovému člověku kladena vina z nedbalosti eventuelně z úmyslné agresivity.

Disociativní poruchy (F44) – tyto poruchy byly dříve známy jako hysterické poruchy. Jak již název napovídá proto se často projevují u osob s historickými rysy, ale mohou se vyskytnout i u zdravých osob v silném emočním stresu. Pro diagnostikování musí být porucha časově spjata s traumatizující událostí. Na základě neřešitelných problémů vzniká afekt, který se projevuje poruchami motoriky (hybnosti, obrny končetin, objevují se křeče, neschopnosti chůze, stoje, přechodná ztráta paměti, sluchu, zraku). K popisovaným poruchám patří disociativní amnézie (F44.0) - jedná se o ztrátu paměti na některé paměťové obsahy (většinou jsou vytěsněny vzpomínky na traumatizující událost), které si nositel nemůže v bdělém stavu vybavit. Pokud je amnézie spojena se zdánlivě účelným jednáním jako odcestování z domova, zanedbávání péče mluvíme o poruše pod pojmem disociativní fuga (F44.1). Pokud jedinec trpí, jak je psáno výše poruchami motoriky a citlivosti jedná se o disociativní stupor (F44.2). Do této skupiny patří i trans a stavy posedlosti (F44.3), kdy se jedná o přechodnou ztrátu identity a zúženého uvědomování si okolí. Jsou rovněž ochuzeny pohyby, řeč a postoje. Takto postižení jedinci bývají přesvědčeni, že do nich vstoupil bůh, zvláštní síla, duch – dá se mluvit o posedlosti.

⁴⁷ KLIMENT, Pavel . *Speciální psychopatologie : Studijní texty pro distanční studium* [online]. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, právníká fakulta, 2002 [cit. 15.5.2011]. Dostupné z WWW: <http://sociologie1.wz.cz/download/Psychopatologie%20Ol/Skripta%20-%20specialni%20psych.%20Kliment.doc>

Nositelé disociativních poruch se mohou dopustit protiprávního jednání či právních úkonů. A posuzování takto postižených je velmi složité, kdy je nutné zvážit celou strukturu osobnosti. Konstatování změny ve vědomí vede ke snížení či konstatování vymizelých rozpoznávacích a ovládacích schopností.

2.2.6 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50-F59)

Člověk je celek, který je tvořen dvěma základními bloky. Jedním je organismus, druhým pak psychika jedince, oba tyto bloky se v jisté míře ovlivňují, změna v jednom systému vyvolá jistou změnu v činnosti druhého. Sjednocení těchto systémů je zabezpečováno osobnostní strukturou. Pokud tedy hovoříme o behaviorálních syndromech spojených s fyziologickými poruchami, pak máme na mysli, že jisté psychické problémy mohou ústít v problémy tělesné a naopak.

Jedná se o nesourodou skupinu poruch, které mají společnou souvislost v tělesných funkcích. Řadíme sem poruchy příjmu potravy, abúzus látek nevyvolávající závislost (myšleny látky jako antidepresiva, vitamíny, projímadla, analgetika, přírodní či lidové preparáty apod.), poruchy spánku a sexuální disfunkce (převážně spojeny u žen s šestineděním). Pro soudní psychiatrii však nemají tyto poruchy téměř žádný význam.

Mentální anorexie (F50.0) – jedná se o nejtypičtější poruchu příjmu potravy. V drtivé většině se vyskytuje u dospívajících dívek a mladých žen. Na začátku je vždy strach z nadváhy a proto dotyčná usiluje o zhubnutí - nejí, vyhýbá se jídlům, navozuje zvracení, užívá projímadla, nadměrně cvičí. Tyto dívky hubnou, až dosáhnou bodu, kdy se nedaří váhu zpět nabrat i když by si to už dívka přála. Začnou se objevovat hormonální poruchy, ztráta menstruace, ochuzení sexuálního zájmu, poruchy spojené s činností žláz s vnitřní sekrecí či poruchy metabolické. U dívek se postupně začíná objevovat velmi nehezky vzhled. Tato nemoc je snadno rozpoznatelná, ale velmi těžce léčitelná. V 15% vede ke smrti.

Mentální bulimie (F50.2) jedná se o poruchu, která má určitou souvislost s anorexií. Často se stává, že jedna forma poruchy přechází ve druhou a naopak. Musíme říct, že se jedná o poruchu do jisté míry opačnou než mentální anorexie, kdy je i zde snaha nepřibírat na váze, ale je spojená s nadměrným přejídáním. Dívky se poté snaží výkrmný účinek jídla vykompenzovat prostředky na hubnutí (nejčastěji zvracením) nebo nasazují drastické diety

(např. léky). Součástí choroby je nesmírné kolísání hmotnosti, jak ve směru plus, tak mínus.

Dále do této skupiny poruch patří poruchy spánku jako nespavost, náměsíčnictví, noční děsy, noční můry. Všechny tyto poruchy jsou uvedeny v obecné části v kapitole poruchy vědomí.

2.2.7 Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60-F69)

Starší název pro tyto poruchy byla psychopatie, tento pojem se stal v průběhu let spíše hanlivým a proto se využívá pojmu **specifická porucha osobnosti (F60)**. Každou osobnost můžeme brát za jedinečnou, díky čemuž se lišíme v osobní strukturaci, prožívání a chování. Podle Klimenta lze konstatovat, že každý jedinec se jistým způsobem odchyluje od ideální normy. Nejobecnější charakteristika pro poruchy osobnosti je ta, že jedinec má takové povahové vlastnosti, kterými trpí buď sám nebo tyto poruchy vlastností doléhají na jeho okolí. Tyto poruchy se diagnostikují v dospělosti, až když je vývoj osobnosti dokončen.

V RÁMCI SPECIFICKÝCH PORUCH OSOBNOSTI MKN 10 KLASIFIKUJE:

Paranoidní porucha osobnosti (F60.0) - ve starší literatuře byla tako porucha nazývána jako kverulantská či fanatická. Vyznačuje se nadměrnou citlivostí, nedůvěřivostí, podezřívavostí, vztahovačností, neschopností odpustit domnělé urážky a křivdy. Je charakterizována vztahem trvalého nepřátelství a to i k neutrálnímu či přátelskému vystupování. Vlivem této poruchy se může objevit patologická žárlivost.

Schizoidní poruchy osobnosti (F60.1) - postižení jsou charakterizováni jako neschopní prožívat radost, typický je emoční chlad, citová vyprahlost, chvála a kritika je jim lhostejná. Dále je jim typická sexuální impotence, bizarním samotářstvím, nadměrně se věnují svému vnitřnímu světu a své fantazii

Dissociální porucha osobnosti (F60.2) – z forezního hlediska se jedná o nejdůležitější poruchu z této kapitoly. Je u ní patrná lhostejnost ke společenským pravidlům a snaha o jejich nerespektování, nedostatek citu a nezájem o ostatní. Mívají nízký práh k vyprovokování a k agresivnímu chování. Nepřipouští si vinu a rádi ji svalují na okolí. Rádi manipulují jinými a to ve svůj prospěch.

Emočně nestála porucha osobnosti (F60.3) – jednání jedinců je impulzivní, na základě emočního prožitku, bez ohledu na následky svého jednání. Porucha se dělí do dvou

subtypů - impulzivní a hraniční poruchu. **Impulzivní osobnost** se vyznačuje častými výbuchy agresivity a nebezpečným chováním. **Hraniční typ** se projevuje rovněž emoční nestabilitou, ale v jiných oblastech.

Historiánská porucha osobnosti (F60.4) – dříve se označovala za hysterickou. Odtud je charakterizovaná labilní emotivitou, teatrálností, nadměrným vyjadřováním emocí, egocentričností, neustálou touhou po ocenění, vzrušení a pozornosti druhých. Jedinci mají sklon k bájně lhavosti.

Anankastická porucha osobnosti (F60.5) - jde o vtíravou poruchu osobnosti. Je charakteristická nerozhodností, nejistotou a nedostatkem sebedůvěry. Někdy se objevují sklony k perfekcionismu. Tendence opakovat a kontrolovat provedené činnosti.

Úzkostná porucha osobnosti (F60.6) - vyznačuje se trvalými pocity napětí, obav a strachu, které mají vyústění v pocitech méněcennosti. Postižení se neustále srovnávají s druhými, ale z důvodu přehnaných požadavků málokdy obstojí. Mají zvýšenou obavu před odmítnutím či kritikou. Často jednájí podle hesla: „kdo nic nedělá, ten nic nepokazí“.

Jiné specifické poruchy osobnosti (F60.8) - zahrnuje zejména narcistickou poruchu osobnosti, pro níž jsou typické pocity velikášství, vlastní důležitosti a jedinečnosti. Postižení jsou přesvědčeni o své neomylnosti. Myslí si, že pro ně neplatí žádné normy. Jsou velmi citliví na kritiku a závistiví.

S jednotlivými typy poruch osobnosti se z forenzního hlediska setkáváme převážně v trestně právní oblasti. Z jednotlivých typů duševních poruch se jako nejzávažnější uvádí dissociální (F60.2), u nichž se obáváme především jejich necitelnosti, egocentričnosti a bezohlednosti. Ke snížení či úplnému vymizení rozpoznávacích a ovládacích schopností by mohlo dojít, pokud by byl spáchán trestný čin v mimořádné a neočekávané situaci, v níž dojde vlivem silnému afektu k násilnému chování.

Přetrvávající změny osobnosti (F62) - jedná se o poruchy osobnosti, které vznikly sekundárně, teprve v průběhu života, u dříve zdravého jedince. Takové změny jsou nezvratné, podstatným znakem je, že musí trvat nejméně 2 roky. Rozlišujeme zde změny osobnosti vlivem katastrofické události (válečné události, živelné katastrofy apod.).

F63 Návykové a impulzivní poruchy (F63) - jedná se o velmi různorodou skupinu poruch, u kterých se dokonce pochybuje o jejich příbuznosti. Tyto poruchy sdílejí tři základní charakteristiky:

- a) Celková neschopnost odolat impulsu
- b) Postižený si uvědomuje narůstající napětí před provedením činu.
- c) V okamžiku, kdy dojde k provedení daného činu dojde k výraznému uspokojení.

DO TÉTO SKUPINY PORUCH PATŘÍ:

Patologické hráčství (F63.0) - Projevuje se nadměrným zaujetím hrou - ať už automaty, tak i sázením, vždy na úkor jiných aktivit. Charakteristická je existence vtíravých myšlenek, které je velmi obtížné zapudit. Hráčství je vykonáváno v počáteční fázi za účelem zisku, později po vzniku choroby nebo závislosti se jedná o druhotnou záležitost. Hráč se často uchyluje ke hře, aby se zbavil problémů např. finančních. Tyto problémy mu však hra paradoxně ještě více způsobuje. Aby hráč získal prostředky nutné ke hře, půjčuje si od druhých peníze. Hráč díky hře často ztrácí zaměstnání, rodinu, přátele. Jeho situace se mu jeví jako obtížně řešitelná a poměrně častá je sebevražedná aktivita.

Patologické zakládání požárů (F63.1) – tato porucha se projevuje sklony k zakládání požárů. Postižení trpící touto poruchou mluví o vzrůstajícím napětí (tzv. emoční nepohodě) před vykonáním činu. Po provedení aktu se dostávají prožitky uvolnění až vzrušení.

Patologické kradení (F63.2) – jde o poruchu, kdy takto narušený jedinec krade věci, které nijak nevyužívá. Z toho plyne, že se mu časem začnou tyto věci hromadit. Málokdy, také tyto osoby kradou nejcennější věci, většinou jde o drobné věci. Takto postižení jedinci na sobě pocíťují nutkání něco ukrást a po provedení aktu se mohou trápit výčitkami svědomí. Jde o poměrně vzácnou poruchu a cizím slovem se nazývá kleptomanie.

Poruchy sexuální preference (parafilie) (F65)

Jde o skupinu, která se projevuje sexuálními impulsy a fantazijními představami, které jsou ve společnosti považovány za neobvyklé. Často jsou tyto impulsy a představy až bizarního charakteru. Dříve se tato skupina dělila na inverze⁴⁸ a perverze⁴⁹.

⁴⁸ Inverze – pojem, který dříve naznačoval neobvyklost sexuálního objektu.

V SOUČASNÉ DOBĚ MEZI PARAFILIE ŘADÍME:

Fetišismus (F65.0) – jedná se o úchytku, kdy se postižený používá neživého předmětu k sexuálnímu vzrušení. Fetišem se obvykle stává dámské spodní prádlo, ale může se jednat i o ústřížky vlasů či výrobky z kůže. Tyto projevy jsou charakteristické pouze pro muže.

Fetišistický transvestitismus (F65.1) – porucha, u níž se postižený převléká do prádla opačného pohlaví. Takovou činnost provádí takto postižený jedinec za účelem dosažení sexuálního uspokojení. V okamžiku, dosažení orgasmu dochází u těchto jedinců k odložení převleku.

Exhibicionismus (F65.2) – jedná se o touhu ukazovat svůj genitál opačnému pohlaví, často je tato činnost doprovázena masturbací.

Voyerství (F65.3) – jde o vzrušení ze sledování nic netušících osob, při jejich svlékání, souloži, nahotě apod. Toto pozorování je často doprovázeno masturbací.

Pedofilie (F65.4) – takto postižený člověk, je sexuálně orientován na děti. Někteří pedofilové preferují dívky, jiní hochy a někteří obě dvě pohlaví bez rozdílu.

Sadomasochismus (F65.5) – jde o sexuální aktivitu, kdy dochází k pokořování partnera. Tato činnost může vést až k fyzickému násilí. O masochizmu mluvíme, pokud osoba se vzrušením tyto podněty přijímá. O sadismu, pokud sama ráda tyto podněty produkuje.

Jiné poruchy sexuální preference (F65.8) – tato skupina zahrnuje další poruchy a to především sexuálního rázu. Je jich celá řada a Kliment např. uvádí:

- koprofilii (používání výkalů k masturbačním praktikám),
- frotérství (využívání tlačenic k sexuálnímu vzrušení přitisknutím se k ženě),
- klysmafilie (vzrušování klystýrem),
- mysofilie (vzrušování špínou),
- nekrofilie (sexuální ukájení na mrtvolách),
- telefonní skatologie (telefonování oplzlostí),
- urofilie (vzrušování se močí a močením cizí osoby),

⁴⁹ Perverze – pojem, který dříve ukazoval na neobvyklosti v prováděných sexuálních aktivitách.

- statuofobie (vzrušování se na sochách nebo se sochami),
- zoofilie (užívání zvířat k sexuálnímu vzrušení a ukojení),
- gerontofilie (preference výrazně starších partnerů).⁵⁰

2.2.8 Mentální retardace (F70 - F79)

Tato skupina poruch je popsána v obecné části psychopatologie v kapitole 2.1.7 poruchy inteligence a intelektu a to včetně soudního významu jednotlivých poruch. V kapitole 2.1.7 jsou popsány jednotlivé mentální retardace a to od lehké až po hlubokou. V této části uvedu pro lepší představu kazuistiku.

Kazuistika č.7: *18.letý mladík romského etnika stíhán pro trestný čin výtržnictví a ublížení na zdraví, kterého se s dalšími dvěma spolupachateli tak, že na místě veřejně přístupném fyzicky napadli tři jiné mladíky, kteří seděli v autě. Jednomu z nich při vystoupení z vozu posuzovaný úderem hlavy do obličeje zlomil nos. Pachatel pochází z nekompletní rodiny, oba rodiče byli trestně stíháni pro majetkovou trestnou činnost. Dva sourozence nebylo možné zařadit do školní výuky, další čtyři a posuzovaný absolvovali zvláštní školu. Od jejího ukončení v 6. třídě je doma. V minulosti byl vyšetřován v psychiatrické ambulanci pro poruchy chování. Dle úřední zprávy při jednání přestupkové komise se posuzovaný vyjadřoval plynule a přiměřeně. Po příchodu své matky přestal komunikovat a dával najevo, že nechápe situaci. Před započítím znaleckého vyšetřování byl posuzovaný v nestřeženém okamžiku zastižen v živém rozhovoru se svým bratrem. Při pokusu o vyšetření uposlechl výzvy k usednutí, dále se již nechápavě rozhlížel, poulil oči a přežvykoval, na dotazy neodpovídal, takže se od něho nepodařilo získat žádnou informaci jak z jeho života, tak ohledně trestné činnosti. Podle doložených údajů bylo zjevné, že ovládá základní gramatické úkony a že má dostačující slovní zásobu postačující k vyjádření všeho podstatného. Jeho projev před znalci bylo možno hodnotit jako výrazné agravační tendence směřující k dojmu, že jde o těžce zaostalého jedince, přinejmenším na úrovni středně těžké retardace. Vzhledem k dostupným údajům však znalci diagnostikovali*

⁵⁰ KLIMENT, Pavel . *Speciální psychopatologie : Studijní texty pro distanční studium* [online]. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, právnícká fakulta, 2002 [cit. 15.5.2011]. Dostupné z WWW: <http://sociologie1.wz.cz/download/Psychopatologie%20Ol/Skripta%20-%20specialni%20psych.%20Kliment.doc>

*pouze lehkou mentální retardací s účelovými tendencemi a jeho rozeznávací a ovládací schopnosti vzhledem ke spáchané trestné činnosti zhodnotili jako podstatně snížené.*⁵¹

Ve speciální části psychopatologie je ještě řeč o **poruchách psychického vývoje (F80-89)**, jedná se o poruchy řeči či jazyka apod. Mohl bych o těchto poruchách psát, ale nemají z forezního hlediska žádný význam. Také proto těmto poruchám nevěnoval žádný autor pozornost. A **poruchy chování a emocí se začátkem v obvykle v dětství (F90-99)**, tak tato kapitola spadá spíše do dětské pedopsychiatrie a popisováním těchto poruch bych značně přesáhl rozsah bakalářské práce.

⁵¹ PAVLOVSKÝ, Pavel . *Soudní psychiatrie pro právníky*. vyd.2. Praha : Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010. 80 s. ISBN 978-80-87146-36-1.

3 VZTAH SOUDNÍ PSYCHIATRIE A KRIMINALISTIKY

Kriminalistika je klasifikována jako vědní obor, který se zabývá odhalováním, vyšetřováním a přecházením trestné činnosti. Tak jako u jiných vědních oborů má i kriminalistika úzké vztahy s dalšími vědními obory a tyto jednotlivé poznatky se často prolínají či sjednocují. Mezi obory s úzkými vztahy na kriminalistiku patří i soudní psychiatrie. Ta přispívá k potlačování trestné činnosti svými poznatky a konkrétními opatřeními. Podíl na boji proti zločinnosti nelze vnímat pouze ve soudně znalecké činnosti, ale také ve výzkumné a preventivní činnosti.

Významný je vztah soudní psychiatrie a kriminalistiky z hlediska vzájemného obohacování a jak popisuje Dufek, zvláště prospěšná je spolupráce při řešení společenských problémů jako výslechy psychicky narušených osob, detekce způsobu páchaní trestných činů, otázky prognózy a předcházení trestné činnosti páchané těmito osobami.⁵² Jako nezbytná se ukazuje spolupráce kriminalistiky a soudní psychiatrie v oblasti recidivistů, tedy pachatelů páchající opakovanou trestnou činnost stejného druhu. Podle průzkumu mají recidivisté až 40% zastoupení v celkové trestné činnosti, kdy většina z nich trpí psychickou odchylkou či poruchou.

Můžeme říct, že jak soudní psychiatrie i kriminalistika jsou vědní obory dynamické, a nemůžou být v izolaci od vývoje a nových poznatků. Páchání trestné činnosti může ovlivnit zdravý vývoj společnosti, proto je důležité a musí být zájem ve vytvoření takových opatření, aby tuto činnost významně omezili či potlačili. Pokud mají být tato opatření úspěšná měli by vycházet z vědních poznatků těch oborů, které mohou přispět k řešení problematiky trestné činnosti např. v oblasti vyšetřování, odhalování či předcházení trestné činnosti mají své nezastupitelné slovo poznatky z věd přírodních, společenských a technických. Tento jev obohacování se poznatky příbuzných věd není ojedinělý a můžeme ho spatřit i u řady dalších jiných věd.

Z důvodu úzkého vztahu kriminalistiky a soudní psychiatrie se někdy stává, že kriminalistika řeší částečně problémy soudní psychiatrie a naopak. Nejedná se o pasivní přebírání poznatků, ale tyto obory se snaží poznatky druhé vědy aktivně využívat a přebírat

⁵² DUFEK, Miroslav. *Soudní psychiatrie pro právníky a lékaře*. Praha : Orbis, 1976. 272 s. ISBN 104-21-851.

a tím se obohacovat. Aktéři těchto věd si kladou nové otázky a žádají od protistrany řešení těchto otázek či problémů. Tyto otázky většinou nejsou ostře vyhraněny pouze pro jeden z těchto oborů a proto je důležitá úzká spolupráce těchto věd.

3.1 Podíl soudní psychiatrie na boji proti kriminalitě

Jak již jsme si řekli o pár řádků výš – soudní psychiatrie přispívá svými poznatky k odhalování, vysvětlování příčin trestné činnosti, ale je také důležitá v preventivní činnosti. Nelze ji tedy chápat jen pro svou popisnou funkci. Toto důležité postavení soudní psychiatrie je také dáno tím, že značná část pachatelů (především recidivistů) v trestné činnosti jsou osoby trpící duševní poruchou určitého druhu.

Pokud jde o formy spolupráce právníka, kriminalisty a psychiatra bývá na prvním místě soudně psychiatrická expertíza. Nelze však zapomínat na další formy spolupráce, které postupem času nabývají na významu. Jedná se formy :

- 1) Podíl na výzkumných úkolech - jde o výzkumnou činnost, ze které spolupráce vychází. Společnými úkoly psychiatrie a kriminalistiky jsou např. vlivy prostředí na páčání trestné činnosti, otázky motivace a způsobu páčání trestné činnosti, problematika výslechu a věrohodnosti výpovědí, otázky ochranné léčby a výchovy, otázky předcházení trestné činnosti a podobně.
- 2) Výuka soudní psychiatrie – jde o výuku předmětu soudní psychiatrie v oblasti právníckého nebo kriminalistického studia.
- 3) Účast v orgánech zabývajících se pojem proti kriminalitě – jde o účast na centrálních i dalších orgánech, jako jsou poradní sbory ministerstev, útvary nápravné výchovy apod.
- 4) Účast v trestním řízení – zde vystupuje psychiatr jako soudní znalec, který předkládá posudek o pachateli. V některých případech jako při provádění vyšetřování úkonů si může k sobě vzít znalec konzultanta (specialistu). Obsah činnosti však není totožný – znalec předkládá soudu znalecký posudek, který je důkazním prostředkem. Konzultant pouze znalci pomáhá provádět správné vyšetřování.

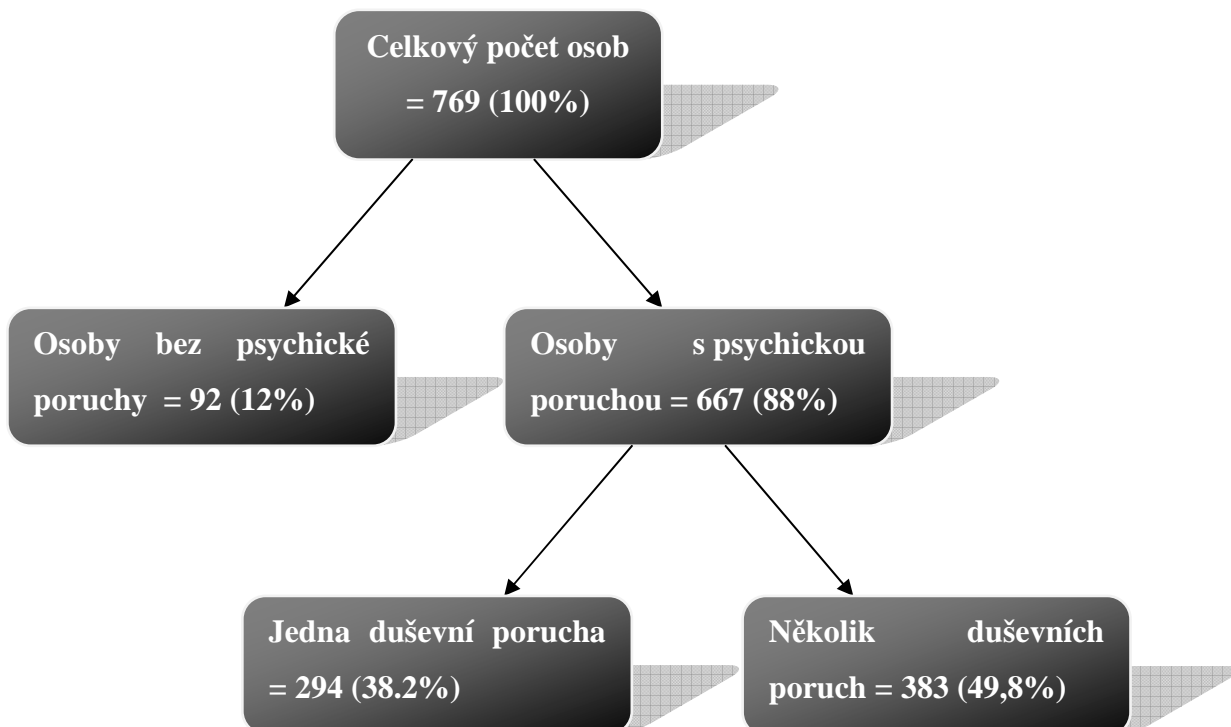
V roce 1964 se konal celostátní průzkum recidivy pachatelů trestných činů. I když tento průzkum je trochu zavanut prachem, může nám posloužit jako ilustrace stavu recidivy

v České republice. V tomto průzkumu bylo vybráno 769 recidivistů u nichž převládala majetková trestná činnost. Tento vzorek se skládal ze tří věkových skupin:

Označení skupiny	Věk	Počet osob
R1	40-45	267
R2	30-35	258
R3	20-25	244
Součet		769

Tabulka 1: Tabulka celostátního průzkumu recidivy

Z celkového počtu 769 osob, které byly kompletně vyšetřeny psychiatricky a psychologicky, bylo zjištěno 92 osob bez psychické poruchy, což je z celkového počtu 12 %. U ostatních 667 (88 %) osob byly zjištěny psychické poruchy různého druhu a stupně. Z toho jedna duševní porucha byla stanovena u 294 osob, což je asi 38,2 % a u 383 (49,8 %) bylo shledáno hned několik poruch. Pro lepší ilustraci výsledků viz. obrázek.



Obrázek 5 Celostátní průzkum recidivy

Nejčastěji se v tomto průzkumu vyskytovaly tři poruchy, jednalo se o psychopatii (v současné době specifická porucha osobnosti F.60) dále to byly poruchy intelektu a alkoholismus. Někdy se tyto poruchy kombinovali.

- a) Specifická porucha osobnosti (dříve psychopatie) – v tomto průzkumu trpělo psychopatickými poruchami 423 osob (55%). Jednalo se převážně o specifické poruchy osobnosti (psychopatie), které porušují „jádro osobnosti“.
- b) Poruchy intelektu – snížený intelekt (pod 89) byl shledán u 227 osob (36%). V nejstarší skupině se jednalo o 26,6%, zatímco v nejmladší se jednalo o 43,9%. Mezi nejčastější poruchy intelektu se vyskytovala debilita.
- c) Alkoholismus – tato porucha byla objevena u 243 osob (31,6%), často v kombinaci s jinými diagnózami.

K výsledkům průzkumu se i řadí údaje o sebevražedných pokusech. Bylo zjištěno 82 (10,5%) pokusu o sebevraždu.

Dufek uvádí shrnutí celostátního průzkumu recidivy. Celkem se jedná o 18 bodů:

1. Většina kriminálních recidivistů jsou osoby s psychickými poruchami (88%).
2. Při sledování negativních amnestických údajů jako je školní prospěch, projevy nekázně, chování ve škole, vyučení se, psychiatrické vyšetření v mládí, je nápadný vzestup negativních údajů vzhledem k nejmladší věkové skupině.
3. Počet psychicky narušených osob je v nejmladší skupině nejvyšší.
4. V nejmladší věkové skupině je vyšší počet s nižší intelektovou úrovní
5. Kvalita výchovných podmínek v rodině rodičů má významný vliv na trestnou činnost osob mladších 15 let.
6. Statisticky byl prokázán velmi významný vliv trestnosti rodičů na výskyt trestné činnosti osob do 15 let.
7. Neuspořádané rodinné podmínky mají statisticky významný vliv na výskyt psychopatických poruch u jejich dětí.
8. Kriminální recidivisté, u nichž nebyla zjištěna žádná psychická porucha mají častěji netrestané otce.
9. Kriminální recidivisté bez psychiatrických poruch se častěji stýkají se společností nedelikventní.
10. Statická závislost byla zjištěna mezi předmětem zájmů a psychiatrickou poruchou. Osoby bez diagnóz mají zájem především o peníze, osoby postižené specifickou

poruchou osobnosti (dříve psychopati) mají zájem o průmyslové výrobky, motorová vozidla apod.

11. V nejmladší věkové skupině vzniká první trestná činnost před 15. rokem věku a snižuje se fyzický věk spáchání prvního trestného činu.
12. Účast v antisociálních partách je vyšší u nejmladší věkové skupiny
13. Bytové a finanční podmínky mají zlepšující se tendenci od nejstarší k nejmladší věkové skupině.
14. Fyzický věk prvního sexuálního styku se snižuje u nejmladší skupiny.
15. Výskyt tetování je podstatně vyšší u osob psychopatologických než u osob bez diagnózy. Podobně je tomu i u osob s nižším intelektem
16. U nejmladší věkové skupiny dochází k sestupnému výskytu kladných zájmů a k vzestupnému výskytu zájmu negativních
17. V dětství kriminálních recidivistů bylo rozvrácené manželství poměrně časté (39,5 %).
18. Statická závislost se projevila mezi opakovanou trestnou činností a některými negativními ukazateli např. střídání zaměstnání apod.⁵³

3.2 Psychiatrický znalecký posudek

Znalecký posudek z oblasti psychiatrie vypravovávají psychiatři – znalci, kteří splňují stanovené zákony a vyhlášky. Podmínkou pro znalce je atestace z oboru psychiatrie II. stupně, eventuálně nástavbový obor např. dětská pedopsychiatrie. Tito znalci musí být zapsáni v příslušném seznamu, konkrétně se jedná o seznam krajské soudní správy pro příslušnou oblast. V trestním řízení bývá určen pro zpracování posudku obvykle jeden znalec, v komplikovaných případech se může jednat o znalce dva (§ 105 Zákona č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád) – přibrání znalce). V civilním řízení se jedná pouze o jednoho znalce. Ve zvlášť složitých případech, může soud požádat o vypracování znaleckého posudku některou z odborných institucí (tento vztah upravuje § 110 trestního řádu – posudek ústavu). např. psychiatrickou kliniku, léčebnu, výzkumný

⁵³ DUFEK, Miroslav. *Soudní psychiatrie pro právníky a lékaře*. Praha : Orbis, 1976. 272 s. ISBN 104-21-851.

ústav apod. Tyto instituce musí být stejně jako znalci zapsáni v seznamu krajské soudní správy.

Znalci jsou oprávněni si ke své činnosti přizvat konzultanty z jiných oborů, jde většinou o odborníky z jiných oblastí, ať už medicíny nebo psychologie. Tito konzultanti pomáhají znalci posoudit dílčí otázky, na které nemůže znalec odpovědět sám nebo je vyjádření konzultantů v dané kauze potřebné. Avšak odpovědnost za patrii posudku, ve které se znalec opíral o znalost konzultanta nese znalec nikoliv konzultant.

Znalec nemá právo soudit věrohodnost důkazů od toho je tu soud (§ 107/1 trestního řádu) a jestliže je důkazový materiál rozporný, musí znalec rozpracovat otázky pro všechny verze, které přicházejí v úvahu. Znalec se má primárně právo vyjadřovat se pouze k diagnóze, rozpoznávacím a ovládacím schopnostem. Dále má právo k předložení podrobných podkladů pro znaleckou činnost, které znalec musí získat od orgánu, který si ho jako znalce přibral, dále podklady může získat studiem spisů, přítomností při výslechu, ohledání atd. Znalec může klást svědkům a obviněným otázky, ale nesmí si chybějící materiály opatřovat pomocí vyšetřovacích úkonů. Znalec může tyto úkony pouze navrhnout příslušným orgánům.

Znalec a všichni přibraní konzultanti jsou povinni se seznámit se spisovou dokumentací a odborně vyšetřit danou osobu. Na základě zjištěných faktů sepíše znalecký posudek. Tento posudek by měl být stručný a srozumitelný i pro laiky. Neměl by obsahovat latinskou a odbornou terminologii.

Psychiatrický znalecký posudek se skládá z výtahu ze spisů, psychiatrického vyšetření, vlastního posudku, celkového souhrnu a závěru, ve kterém znalec odpoví na položené dotazy.

Náležitosti, které má znalecký posudek obsahovat:

Podle zákona o znalcích a tlumočnících § 13 zákona č. 36/1967 Sb. s poslední novelou 227/2009 by měl být znalecký posudek písemný. Toto mlsot navrhuje i trestní řád 141/1961 Sb. v § 107 odst. 3 - **příprava posudku.**

- V úvodu posudku musí být uvedena instituce, pro kterou se posudek podává (Policie ČR, soud), dále identifikace posuzované osoby a postavení ve věci, identifikace znalců, kteří posudek zpracovávají.
- Výpis ze spisů obsahuje shrnutí všech skutečností, které znalec považuje za důležité. Vedle údajů o obvinění sem patří např. výpovědi svědků, dosavadní

výpovědi vyšetřované osoby, lékařské nálezy, výpis ze zdravotnické dokumentace, důležitá je i pověst v místě bydliště a hodnocení zaměstnavatele.

- Vlastní vyšetření se musí skládat z pečlivého psychiatrického vyšetření (většinou ambulantního) a pečlivého popisu duševního stavu (chování, vědomí, pozornost, paměť apod.). Dále se skládá z pohledu rodinné či osobní anamnézy, jde o popis dětství, školního věku, zaměstnání, povahy a zálib, pohlavního života apod. Pokud nelze duševní stav obviněného vyšetřit jinak, je možnost na návrh státního zástupce nebo soudce pozorování duševního stavu ve zdravotnickém lůžkovém zařízení (§ **116/2 trestního řádu**). Toto pozorování je většinou po dobu 2 měsíců, ale výjimečně lze prodloužit až na 3 měsíce. Na to pamatuje (§ **117 trestního řádu**). Nelze však takto posuzovat stav svědka (§ **118 trestního řádu**).
- Ve vlastním posudku se hodnotí zjištěné psychiatrické či lékařské nálezy a pokud mají vliv na projednávané skutečnosti vliv tak se uvedou jako předmětná skutečnost. Například v trestním řízení se provádí zhodnocení psychopatologických projevů, jestli měli vliv na jednání osoby či ne. V civilním řízení dochází např. k posouzení vztahu k manželskému soužití.
- Souhrn a závěr zde provádí znalec rozbor nejzávažnějších skutečností, které ho vedou k dané diagnostice. Dále znalec v této části odpovídá na položené dotazy od zadavatele. Ve věcech trestních znalec nejčastěji odpovídá na přítomnost či nepřítomnost duševní poruchy v době spáchání trestného činu. Pokud je duševní porucha přítomná je nasnadě další otázka, do jaké míry ovlivnila rozpoznávací a ovládací schopnosti. Poté jsou časté dotazy na společenskou nebezpečnost, vhodnost ochranného léčení a možnost resocializace. Ve věcech občanskoprávních se nejčastěji odpovídá na způsobilost k právním úkonům, možnost péče o dítě, možnost uzavřít pracovní smlouvu, manželství apod. Tato část se dá považovat za jádro celého znaleckého posudku.

Souhrn musí být stručný a srozumitelný. Závěr by měl být diagnosticky jednoznačný, kdy znalec by měl uvést i stupeň jistoty svého rozhodnutí. Závěrem znalci připojí své podpisy se znaleckým razítkem a uvedou místo a datum zhotovení. Za znalecký výkon je znalcům přiznána náhrada, jejíž výše je dána zákonem. Pro zajímavost v roce 2010 to bylo 350 Kč za každou odpracovanou hodinu.

Podle § 346 trestního zákoníku 40/2009 Sb. je úmyslné podání nesprávného posudku bráno jako trestný čin a zákon hovoří o odnětí svobody až na 2 léta nebo zákazem činnosti.

Znalecký posudek je před soudem brán jako jeden z důkazů a je stejně jako kterýkoli jiný důkaz podroben kritice. Pokud vzniknou pochybnosti o úplnosti nebo o správnosti posudku, žádá soud znalce o doplnění a to formou ústní nebo písemnou. Pokud ani to nepomůže je možnost přibrat znalce jiného. Na tento problém pamatuje § 109 trestního řádu - vady posudku.

Psychiatrický znalecký posudek nemůžeme brát jako přesný nebo dokonalý důkaz. V mnoha případech zůstávají po znaleckých posudcích pochybnosti. Tyto pochybnosti jsou samozřejmě dány omezeným poznáním lidské psychiky.

3.3 Prevence kriminality

Základem prevence kriminality je prevence příčin. Abychom mohli dělat nějakou prevenci je nutné si tyto příčiny pojmenovat. Jakákoliv duševní porucha není jedinou příčinou trestné činnosti a sama je následkem celé řady příčin, ať už známých nebo neznámých. V této části se budeme věnovat prevenci kriminality z hlediska soudně psychiatrického nikoliv jako celku. Takovou to roli by měla mít kriminologie.

Co se týče prevence, tak není možné tvrdit, že všechny činy pod vlivem psychické choroby jsou mimo oblast zločinu. Musíme si uvědomit, že jen malý zlomek psychicky narušených se po trestném činu stane beztrestnými neboli nepřičetnými. Ve většině případů se jedná o zmenšenou přičetnost či přičetnost úplnou, tedy takovou, kdy pachatel si nese za své jednání plnou zodpovědnost. Také je důležité si uvědomit, že ne každý recidivista musí být nositelem některé psychické poruchy, i když je to velmi pravděpodobné a na druhou stranu každý psychopat (jedná se o dřívější terminologii. V současnosti specifické poruchy osobnosti) nemusí být zločincem.

Dále je nutné co se týče prevence sledovat poruchu z několika faktorů. Např. biologických či sociálních, kde u psychopatie se setkáváme s negativními faktory sociálními, u mentální retardace jde o negativní faktory biologické a u alkoholismu a jeho rozvoje opět můžeme sledovat negativní faktory sociální. Vzrůst počtu osob se sníženou inteligencí a psychickými poruchami nutil psychiatry k zamyšlení, zda nehraje u duševních poruch vliv

dědičnost. Ani mnoho geneticky zaměřených výzkumů nepotvrdilo dědičnost zločineckého typu. Podle těchto výzkumů, nemůžeme potvrdit existenci „kriminálních genů“.

Prevence z hlediska soudní psychiatrie je následující:

- 1) V prenatálním období je zapotřebí omezit vznik mentální retardace a její příčiny, které spadají z 80 % do tohoto období. Včasná opatření mohou mít význam nejenom proti kriminalitě, ale vůbec pro zdravý vývoj populace. Dále je zde finanční hledisko, jelikož je společnost nucena budovat a spravovat zvláštní školy, dětské domovy, azylové a léčebné zařízení. Pro vývoj a zdravý plod je důležité zdraví matky a vyhnoutí se zevním podnětům jako ozařování matky rentgenem, omezení podávaných hormonů, léků apod.
- 2) Další velkým vliv na psychopatii mají podle Dufka negativní okolnosti v raném a školním věku. Např. pokud se objevuje trestnost rodičů, rozklad rodinného života, nedostatky rodinné výchovy apod. dochází v takovýchto rodinách či u jejich dětí brání záporných hodnot jako vzor, což může mít pro takového jedince fatální důsledky v dospělém životě. Pro prevenci z toho plyne včasnost odebrání dítěte z nevhodného prostředí a zařazení takových jedinců do běžného prostředí, kde mohou být vychováni.
- 3) V oblasti trestných činů pod vlivem alkoholu je třeba těmto činům zabránit včasnou protialkoholní léčbou.
- 4) Pro osoby propuštěné z výkonu trestu je důležitá tzv. postpenitenciární péče, která zajišťuje bydlení či práci. Takováto péče však málokdy stačí, jelikož trest nebo pobyt v nápravném zařízení nesplní svůj účel. Proto je dále důležité soustavné a odborné vedení.
- 5) Pro prevenci kriminality je zvlášť důležitá její predikce či prognóza, která se může týkat kriminality jako celku nebo jenom jedinců. Prognóza chování jednotlivce představuje větší nebo menší pravděpodobnost, nikoliv však jistotu. V oblasti kriminality jako celku je prognóza účinnější, čím větších počtů se týká. Význam prognózy má několik významů např. v oblasti prognózy chování jedince umožňuje co nejlepší rozhodování o trestu, ochranných opatřeních, podmíněné odsouzení apod. V oblasti hromadného jevu predikce ukazuje na faktory, které hrají menší a které větší roli a tím ukazuje nejefektivnější směr preventivních opatření. Prognostické práce mají tedy nezastupitelnou roli v oblasti odhalování příčin a podmínek zločinnosti.

4 VZTAH SOUDNÍ PSYCHIATRIE A TRESTNÍHO PRÁVA

Trestní právo přikládá duševním poruchám váhu, pokud je s nimi spjato právně relevantní jednání. Soudní psychiatrie v tomto odvětví napomáhá posuzovat otázky spojené s trestní odpovědností a s problematikou preventivních opatření vůči pachateli. Správné posouzení významu duševní poruchy znalcem, má velký vliv na ulehčení práce orgánům činným v trestním řízení. Zde tedy můžeme spatřovat úzký vztah soudní psychiatrie a trestního práva. Trestní právo upravuje otázky, kde se projevuje působnost soudní psychiatrie, jedná se o např. otázky nepřičetnosti, zmenšené nepřičetnosti, ochranného léčení, zabezpečovacích detencí, vyšetření duševního stavu obviněného a svědka atd. Jednotlivé vztahy jsem se snažil dohledat v **trestním zákoníku**, zákon č. **40/2009 Sb.** a v **trestním řádu**, zákon č. **141/1961 Sb.** Některé paragrafy jsem se snažil přepsat vlastními slovy. Ty, které jsem citoval nebo jsem v následující textu označil kurzívou. Pro text z trestního zákoníku 40/2009 jsou zdroje uvedeny v použité literatuře č. [14] a [18], pro trestní řád, zákon č. 141/1961 Sb. jsou zdroje č. [13] a [17].

Trestní zákoník 40/2009 Sb.

§ 25 Věk – pachatelem trestného činu může být podle trestního zákoníku fyzická osoba, která dosáhla v době spáchaného trestného činu 15 let a nebyla v dané době nepřičetná (§ 26).

§ 26 Nepřičetnost – je v trestním zákoníku definovaná takto: „*Kdo pro duševní poruchu v době spáchaní činu nemohl rozpoznat jeho protiprávnost nebo ovládat své jednání, není za tento čin trestně odpovědný*“.

Biologickým kritériem nepřičetnosti je duševní porucha, která zahrnuje celou škálu různých odchylek od chování a prožívání. Psychologickým kritériem nepřičetnosti je nedostatek rozumových schopností (rozpoznávacích) nebo určovacích (ovládacích).

Musíme si uvědomit, že samotná duševní porucha, není vždy důvodem konstatování nepřičetnosti či obecně zbavení trestní odpovědnosti.

§ 27 Zmenšená přičetnost – je definována v trestním zákoníku takto: „*Kdo pro duševní poruchu v době spáchaní činu měl podstatně sníženou schopnost rozpoznat jeho protiprávnost nebo ovládat své jednání, je zmenšeně přičetný*“.

Při stanovování výměry trestu soud přihlédne k tomuto stavu, pokud si ho pachatel nezpůsobil sám např. vlivem návykové látky nebo z nedbalosti - **§ 40 odst.1 – ukládání trestu pachateli se zmenšenou přičetností.**

§ 40 odst.2 říká: „*Má-li soud za to, že by vzhledem k zdravotnímu stavu pachatele uvedeného v odstavci 1 bylo možno za současného uložení ochranného léčení (§ 99) dosáhnout možnosti jeho nápravy i trestem kratšího trvání, sníží trest odnětí svobody pod dolní hranici trestní sazby, přičemž není vázán omezením uvedeným v § 58 odst. 3, a uloží zároveň ochranné léčení“.*

§ 58 Mimořádné snížení trestu odnětí svobody

K mimořádnému snížení trestu odnětí svobody může dojít v případě:

(1) *Má-li soud vzhledem k okolnostem případu nebo vzhledem k poměrům pachatele za to, že by použití trestní sazby odnětí svobody trestním zákonem stanovené bylo pro pachatele nepřiměřeně přísné a že lze dosáhnout nápravy pachatele i trestem kratšího trvání, může snížit trest odnětí svobody pod dolní hranici trestní sazby tímto zákonem stanovené.*

(2) *Soud může snížit trest odnětí svobody pod dolní hranici trestní sazby též tehdy, jestliže odsuzuje pachatele, který napomohl zabránit trestnému činu, jenž jiný připravoval nebo se o něj pokusil, jestliže vzhledem k poměrům pachatele a povaze jím spáchané trestné činnosti má za to, že lze dosáhnout nápravy pachatele i trestem kratšího trvání.*

(3) *Při snížení trestu odnětí svobody podle odstavců 1 a 2 nelze uložit trest*

a) pod pět let, činí-li dolní hranice trestní sazby odnětí svobody alespoň dvanáct let,

b) pod tři léta, činí-li dolní hranice trestní sazby odnětí svobody alespoň osm let,

c) pod jeden rok, činí-li dolní hranice trestní sazby odnětí svobody alespoň pět let.

Tyto body neplatí pro **§ 40 odst.2 - ukládání trestu pachateli se zmenšenou přičetností.**

Dále se v tomto paragrafu hovoří o možnosti snížit trest odnětí svobody pod dolní hranici trestní sazby také pachateli: (4) označenému jako spolupracující obviněný, (5) pokud soud odsuzuje pachatele za přípravu, pokus nebo pomoc k trestnému činu, (6) pokud pachatel jednal v právním omylu a mohl se tohoto omylu vyvarovat (§ 19 odst.2), či odvracel útok nebo jiné nebezpečí, aniž by byli splněny podmínky krajní nouze (§ 28) nebo nutné obrany (§ 29), a nebo překročil meze přípustného rizika (§ 31). Omezením, které je stanoveno v odstavci 3 přitom není na tyto případy vázáno.

§ 41 Polehčující okolnosti – z pohledu soudního psychiatra lze na polehčující okolnost poukázat, pokud došlo k trestnému činu: (trestní zákoník uvádí tyto body)

- a. poprvé a pod vlivem okolností na pachateli nezávislých,
- b. vlivem silného rozrušení,
- c. pod tlakem závislosti nebo podřízenosti na jiné osobě,
- d. pod vlivem hrozby nátlaku,
- e. vlivem osobních a rodinných poměrů, které si nezpůsobil sám,
- f. ve věku blízkém věku mladistvých,
- g. spáchal trestný čin odvraceje útok nebo jiné nebezpečí, aniž byly zcela splněny podmínky nutné obrany nebo krajní nouze
- h. při právním omylu, kterého se bylo možno vyvarovat,
- i. kterým způsobil nižší škodu nebo jiný menší škodlivý následek,
- j. a přičinil se o odstranění škodlivých následků nebo dobrovolně nahradil způsobenou škodu,
- k. který sám oznámil úřadům,
- l. a pachatel napomáhal při objasňování své trestné činnosti ,
- m. přispěl zejména jako obviněný k objasňování trestné činnosti spáchané členy organizované skupiny, ve spojení s organizovanou skupinou nebo v její prospěch,
- n. trestného činu upřímně litoval,
- o. vedl před spácháním trestného činu řádný život.

§ 47 Upuštění od potrestání za současného uložení ochranného léčení nebo zabezpečovací detence

Odstavec (1) hovoří o tom, že ten kdo: „*spáchal trestný čin ve stavu zmenšené přičetnosti nebo ve stavu vyvolaném duševní poruchou, a soud má za to, že ochranné léčení (§ 99), které zároveň ukládá, zajistí nápravu pachatele a ochranu společnosti lépe než trest. Tohoto ustanovení se nepoužije, jestliže si pachatel stav zmenšené přičetnosti nebo duševní poruchu přivodil, byť i z nedbalosti, vlivem návykové látky.“*

Odstavec (2) opět hovoří o upuštění od potrestání jestliže: „*pachatel spáchal zločin ve stavu zmenšené přičetnosti nebo ve stavu vyvolaném duševní poruchou, a nelze přitom očekávat, že by uložené ochranné léčení s přihlédnutím k povaze duševní poruchy a možností působení na pachatele vedlo k dostatečné ochraně společnosti, a soud má za*

to, že zabezpečovací detence (§ 100), kterou pachateli zároveň ukládá, zajistí ochranu společnosti lépe než trest.“ [14]

§ 98 Druhy ochranných opatření – tento paragraf je složen ze 3 odstavců.

První hovoří o ochranných opatření, což jsou: *ochranné léčení, zabezpečovací tendence, zabrání věci nebo jiného majetku a ochranná výchova.*[18]

Druhý říká, že ukládání: ochranné výchovy upravuje zákon o soudnictví ve věcech mládeže.[18]

A třetí odstavec uvádí, že *ochranné léčení nelze uložit současně vedle zabezpečovací tendence (§ 100).* [18]

§ 99 Ochranné léčení

Tento paragraf je z hlediska soudní psychiatrie velmi důležitý. Celkem má 7 odstavců.

(1) Říká, že soud uloží ochranné léčení v případě, který se uvede: „v § 40 odst. 2 a § 47 odst. 1, nebo jestliže pachatel činu jinak trestného není pro nepřítomnost trestně odpovědný a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný.“ [14]

(2) Soud také může uložit ochranné léčení pokud:

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

(3) Ochranné léčení se může uložit vedle: *trestu nebo při upuštění od potrestání.* [14]

Trestní zákoník pamatuje i na možnost uložení ochranného léčení které může být formou ambulantní nebo ústavní. Jednotlivý druh léčení se určuje podle povahy a druhu duševní nemoci. Ústavní léčení se vykonává zpravidla po nástupu výkonu trestu OS ve věznici. Pokud nelze toto léčení vykonat ve věznici vykoná se ve zdravotnické zařízení a to buď:

- před výkonem trestu odnětí svobody, pokud se tím lépe zajistí splnění účelu léčení,
- po výkonu trestu nebo jiném ukončení trestu odnětí svobody.

Ambulantní ochranné léčení se vykonává zpravidla po nástupu vykonání trestu odnětí svobody a to ve věznici. Pokud nelze toto ambulantní léčení vykonat ve věznici, tak se vykoná po výkonu trestu. Pokud je nedostačující délka trvání ambulantního léčení ke splnění účelu, je zde možnost pokračování podle rozhodnutí soudu v ambulantním

ochranném léčení a to ve zdravotnickém zařízení, které poskytuje ústavní nebo ambulantní péči. (odst. 4)

Odstavec (5) uvádí: „Ústavní léčení může soud změnit dodatečně na léčení ambulantní a naopak. Ústavní ochranné léčení může soud změnit za podmínek § 100 odst. 1 nebo 2 na zabezpečovací detenci“.

Podle odstavce (6) ochranné léčení trvá tak dlouho, jak to vyžaduje účel, avšak nejdéle 2 léta s tím, že soud může rozhodnout o jeho opakovaném prodloužení, nejdéle však opět o 2 léta, jinak soud rozhodne o propuštění z léčení. Podle odstavce (2) písm. b): „může být ukončeno, jakmile se během jeho výkonu zjistí, že jeho účelu nelze dosáhnout; je-li nebezpečí, že odsouzený spáchá další trestný čin, soud v rozhodnutí o propuštění z ochranného léčení uloží odsouzenému dohled nad jeho chováním až na dobu pěti let; na výkon dohledu se použije obdobně ustanovení § 49 až 51. O propuštění z ochranného léčení rozhoduje soud.“

Soud upustí od výkonu ochranného léčení, pokud pominou okolnosti, které měli vliv na jeho uložení (7).

§ 49 Pojem a účel dohledu

Tyto paragrafy § 49 až 51 nemají až tak intenzivní vztah na soudní psychiatrii. Proto tyto paragrafy zestručním do několika bodů.

(1) Dohledem se podle trestního zákona myslí pravidelný osobní kontakt pachatele s úředníkem. V trestním zákoně se mu říká „probační úředník“. Tento kontakt pachatele s úředníkem je za účelem: „*spolupráce při vytváření a realizaci probačního plánu dohledu ve zkušební době a kontrola dodržování podmínek uložených pachateli soudem nebo vyplývajících ze zákona*“.[14]

V odst. 2 se definuje účel dohledu :

a) *sledování a kontrola chování pachatele, čímž je zajišťována ochrana společnosti a snížení možnosti opakování trestné činnosti,*

b) *odborné vedení a pomoc pachateli s cílem zajistit, aby v budoucnu vedl řádný život.*[14]

V odst. 3 je definováno, kdo provádí dohled nad pachatelem, jedná se tedy o tzv. „probačního úředníka“.

§ 50 Povinnosti pachatele

Pachatel, kterému byl uložen dohled, je povinný

- a) spolupracovat,
- b) dostavovat se k úředníkovi ve smluvených lhůtách,
- c) informovat probačního úředníka o svém pobytu, zaměstnání a zdrojích obživy,
- d) umožnit probačnímu úředníkovi vstup do svého obydlí.

§ 51 Povinnosti a oprávnění probačního úředníka

Probační úředník je povinen vykonávat dohled nad pachatelem, plnit pokyny předsedy senátu a aktualizovat probační plán (1).

Odstavec (2) hovoří o porušeném dohledu. Trestní zákoník rozeznává 2 druhy porušení dohledu a to mírné a vážné. Při vážném je nutné tuto skutečnost oznámit předsedovi senátu soudu, při mírné dochází k pokárání od probačního úředníka.

(3) odst. stanovuje dobu informování předsedy senátu soudu o dohledu. Nejméně je to jednou za šest měsíců.

§ 100 Zabezpečovací detence

Tuto zabezpečovací detenci soud ukládá v případě, který je uveden: (1) „v § 47 odst. 2, nebo jestliže pachatel činu jinak trestného, který by naplňoval znaky zvlášť závažného zločinu, není pro nepřítčetnost trestně odpovědný, jeho pobyt na svobodě je nebezpečný a nelze očekávat, že by uložené ochranné léčení s přihlédnutím k povaze duševní poruchy a možnostem působení na pachatele vedlo k dostatečné ochraně společnosti.“ [14]

(2) Soud může uložit zabezpečovací detenci pokud přihlédne k životnímu stylu pachatele a jestliže:

- a) pachatel spáchal zločin ve stavu vyvolaném duševní poruchou, jeho pobyt na svobodě je nebezpečný a nelze očekávat, že by uložené ochranné léčení s přihlédnutím k povaze duševní poruchy a možnostem působení na pachatele vedlo k dostatečné ochraně společnosti, nebo
- b) pachatel, který se oddává zneužívání návykové látky, znovu spáchal zvlášť závažný zločin, ač již byl pro zvlášť závažný zločin spáchaný pod vlivem návykové látky nebo v souvislosti s jejím zneužíváním odsouzen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody nejméně na dvě léta, a nelze očekávat, že by bylo možné dosáhnout uložením ochranného léčení dostatečné ochrany společnosti, a to i s přihlédnutím k již projevenému postoji pachatele k ochrannému léčení. [14]

Odst. (3) Zabezpečovací detenci lze uložit samostatně, a to při: „při upuštění od potrestání, anebo i vedle trestu. Byla-li zabezpečovací detence uložena vedle nepodmíněného trestu odnětí svobody, vykoná se po výkonu nebo jiném ukončení trestu odnětí svobody. Byl-li uložen nepodmíněný trest odnětí svobody v době výkonu zabezpečovací detence, její výkon se na dobu výkonu takového trestu odnětí svobody přerušuje. Po skončení výkonu trestu se pokračuje ve výkonu zabezpečovací detence“.

(4) Zabezpečovací detence se vykonává v ústavu pro výkon zabezpečovací detence se zvláštní ostrahou a s léčebnými, psychologickými, vzdělávacími, pedagogickými, rehabilitačními a činnostními programy.

(5) Zabezpečovací detence potrvá, dokud to vyžaduje ochrana společnosti. Soud nejméně jednou za dvanáct měsíců a u mladistvých jednou za šest měsíců přezkoumá, zda důvody pro její další pokračování ještě trvají.

(6) Zabezpečovací detenci může soud změnit dodatečně na ústavní ochranné léčení, pominou-li důvody, pro něž byla uložena, a jsou současně splněny podmínky pro ústavní ochranné léčení.

Odst. (7) je shodný jako u ochranného léčení s rozdílem, že soud upustí od zabezpečovací detence, pokud pominou okolnosti, které měli vliv na její uložení.

§ 337 Maření výkonu úředního rozhodnutí a vykázání

V tomto paragrafu je ne pro soudní psychiatrii nejdůležitější odst. 1 odrážky h a i, které říkají:

(1) *Kdo maří nebo podstatně ztěžuje výkon rozhodnutí soudu nebo jiného orgánu veřejné moci tím, že:*

h) dopustí se závažného jednání, aby zmařil výkon nebo účel zabezpečovací detence,

i) dopustí se závažného jednání, aby zmařil výkon nebo účel ochranného léčení nebo ochranné výchovy, které byly uloženy soudem, nebo jinak, zejména útěkem z ústavu, pomocí při útěku, výkon takových rozhodnutí podstatně ztěžuje, anebo maří dohled uložený při ukončení ochranného léčení, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta.

§ 346 Křivá výpověď a nepravdivý znalecký posudek

V tomto paragrafu je nejdůležitější odst. 1, který říká: „*Kdo jako znalec podá nepravdivý, hrubě zkreslený nebo neúplný znalecký posudek, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta nebo zákazem činnosti*“.

Dále je v odst. 3 psán druh potrestání a to na dva až deset let pokud způsobí činem

a) uvedeným v odstavci 1 nebo 2 značnou škodu, nebo

b) spáchá-li takový čin v úmyslu jiného vážně poškodit v zaměstnání, narušit jeho rodinné vztahy nebo způsobit mu jinou vážnou újmu.

§ 360 Opilství

Jde o stav kdy se dotyčný vlivem návykové látky přivede do stavu nepřičetnosti, byť z nedbalosti a v němž se dopustí trestného činu. Takový jedinec bude podle odst. 1 *potrestán odnětím svobody na tři léta až deset let; dopustí-li se však činu jinak trestného, na který zákon stanoví trest mírnější, bude potrestán tímto trestem mírnějším.*

Odst. 2 říká, že se: *„odstavce 1, jakož i § 26 se neužije, přivedl-li se pachatel do stavu nepřičetnosti v úmyslu spáchat trestný čin, nebo spáchal trestný čin z nedbalosti, která spočívá v tom, že se přivedl do stavu nepřičetnosti.“*

§ 16 Nedbalost

(1) Trestný čin z nedbalosti je spáchán, jestliže dotyčný:

- a) věděl, že může způsobem uvedeným v trestním zákoně porušit nebo ohrozit zájem chráněný takovým zákonem, ale bez přiměřených důvodů spoléhal, že takové porušení nebo ohrožení nezpůsobí, nebo*
- b) nevěděl, že svým jednáním může takové porušení nebo ohrožení způsobit, ač o tom vzhledem k okolnostem a k svým osobním poměrům vědět měl a mohl.*

Pachatel způsobí trestný čin z hrubé nedbalosti odst. 2, jestliže *přístup pachatele k požadavku náležité opatrnosti svědčí o zřejmé bezohlednosti pachatele k zájmům chráněným trestním zákonem.*

Trestní řád 141/1961 Sb.

§ 105 Příbrání znalce

Pokud je potřeba k objasnění skutečností trestního řízení odborných znalostí, tak si vyžádá orgán činný v trestním řízení (dále „očť“) odborné vyjádření. Pokud není odborné vyjádření dostačující, přibere si očť znalce. O příbrání znalce se vyrozumí obviněný a statní zástupce. (1)

Dále je potřeba zkontrolovat, zda osoba, od které se požaduje znalecké vyjádření nemá vztah k obviněnému či jiným osobám, které se zúčastňují trestního řízení. Tato osoba nesmí být podjatá. (2)

Proti znalci lze vznést námitky a to z důvodů, které stanoví zákon. Dále lze vznést námitky k odbornému zaměření znalce a proti formulaci otázek položených znalci. Těmto námitkám může očit' buď vyhovět a nebo nevyhovět. Pokud orgán těmto námitkám vyhoví, ale námitky neustále trvají, lze vyžádat znalecký posudek od jiného znalce nebo dochází k jiné formulaci otázek na znalce. (3)

Ve zvláště složitých případech lze přibrat znalce dva. Dva znalci se přivolávají například pokud je o pitvu mrtvolu (§ 115) (4)

Podle odst. 5 lze: *O odborné vyjádření podle odstavce 1 lze požádat i osobu, která je podle zvláštního zákona zapsána v seznamu znalců, a fyzickou nebo právnickou osobu, která má potřebné odborné předpoklady. Státní orgán předloží orgánům činným v trestním řízení odborné vyjádření vždy bez úplaty.*

§ 106 Přibrání znalce

Znalec musí být v předvolání upozorněn a poučen:

- Za následky nedostavení se (§ 66) – z tohoto paragrafu hrozí pokuta až do 50000 Kč.
- *O následcích křivé výpovědi a vědomě nepravdivého znaleckého posudku; to se vztahuje i na znalce, který podal posudek na základě žádosti některé strany podle § 89 odst. 2.*

§ 107 Příprava posudku

(1)Znalec, který je pověřen úkonem vypracování znaleckého posudku se poskytnou: potřebná vysvětlení ze spisů a vymezí se jeho úkoly. Přitom je třeba dbát toho, že znalci nepřísluší provádět hodnocení důkazů a řešit právní otázky. Je-li toho k podání posudku třeba, dovolí se znalci nahlédnout do spisů nebo se mu spisy zapůjčí. Může mu být též dovoleno, aby byl přítomen při výslechu obviněného a svědků a aby jim kladl otázky vztahující se na předmět znaleckého vyšetřování. V odůvodněných případech se znalci umožní, aby se zúčastnil provedení i jiného úkonu trestního řízení, pokud takový úkon má význam pro vypracování znaleckého posudku. Znalec může též navrhnout, aby byly jinými důkazy napřed objasněny okolnosti potřebné k podání posudku.

Znalec, který vypracovává posudek o příčině smrti či zdravotním stavu zemřelé osoby si může vyžádat zdravotnickou dokumentaci, v jiných případech pouze je-li to povoleno zákonem. (2)

(3) Tento odstavec je důležitý pro znalce, kdy se jim zpravidla uloží, aby posudek zpracovali písemně.

§ 108 Výslech znalce

(1) Pokud vypracoval znalec posudek písemně, tak se stačí při výslechu na něj odvolat.

Pokud není vypracován písemně, tak jej znalec nadiktuje při výslechu do protokolu.

(2) Pokud bylo přivoláno více znalců a mají totožné závěry, tak je před soudem reprezentuje ten kterého si sami vyberou. Pokud jsou závěry různé, tak je potřeba vyslechnout každého zvlášť.

(3) *V přípravném řízení lze od výslechu znalce upustit, nemá-li policejní orgán ani státní zástupce o spolehlivosti a úplnosti písemně podaného znaleckého posudku pochybnosti.*

§ 109 Vady posudku

Je-li pochybnost o správnosti posudku nebo je-li posudek nejasný nebo neúplný, je nutné požádat znalce o vysvětlení. Kdyby to nevedlo k výsledku, přibere se znalec jiný.

§ 110 Posudek ústavu

(1) Ve výjimečných a zvlášť obtížných případech, které vyžadují vědeckého posouzení: *může policejní orgán nebo státní zástupce a v řízení před soudem předseda senátu přibrat státní orgán, vědecký ústav, vysokou školu nebo instituci specializovanou na znaleckou činnost k podání znaleckého posudku nebo přezkoumání posudku podaného znalcem.*

Dále je v tomto paragrafu odstavec (2), který říká: *Ten, kdo byl přibrán k podání znaleckého posudku nebo k přezkoumání posudku podaného znalcem podle odstavce 1, podá posudek písemně. V něm označí osobu nebo osoby, které posudek vypracovaly a mohou být v případě potřeby jako znalci vyslechnuty; pokud bylo třeba přibrat znalce dva (§ 105 odst. 4), uvede nejméně dvě takové osoby.*

§ 116,117,118 - Vyšetření duševního stavu

Tyto tři paragrafy se váží na vyšetření duševního stavu a z hlediska znaleckého posudku jsou velmi důležité a uvedu je přesně tak jak jsou napsány v trestním řádu.

§ 116 – (1) *Je-li třeba vyšetřit duševní stav obviněného, přibere se k tomu vždy znalec z oboru psychiatrie.*

(2) *Nelze-li duševní stav vyšetřit jinak, může soud a v přípravném řízení na návrh státního zástupce soudce nařídit, aby obviněný byl pozorován ve zdravotnickém ústavu, nebo je-li ve vazbě, též ve zvláštním oddělení nápravného zařízení. Proti tomuto usnesení je*

přípustná stížnost, jež má odkladný účinek.

(3) Shledá-li znalec u obviněného příznaky nasvědčující jeho nepřičetnosti nebo zmenšené přičetnosti, vysloví se zároveň o tom, zda je jeho pobyt na svobodě nebezpečný.

§ 117 – *Pozorování duševního stavu nemá trvat déle než dva měsíce; do té doby je třeba podat posudek. Na odůvodněnou žádost znalců může soud a v přípravném řízení na návrh státního zástupce soudce tuto lhůtu prodloužit, nikoli však více než o jeden měsíc. Proti prodloužení lhůty je přípustná stížnost.*

§ 118 – *Jestliže jsou závažné pochybnosti, zda není u svědka, jehož výpověď je pro rozhodnutí zvláště důležitá, podstatně snížena schopnost správně vnímat nebo vypovídat, je možno vyšetřit znalecky i duševní stav svědka. Pozorování duševního stavu svědka podle § 116 odst. 2 není však přípustné. – Svědek tedy nemůže být pozorován ve zdravotnickém či jiném ústavu.*

§ 172 Zastavení trestního stíhání

Z hlediska soudní psychiatrie je zde důležitý odst. (1) písm. e) a to tedy říká:

Státní zástupce zastaví trestní stíhání:

e) nebyl-li obviněný v době činu pro nepřičetnost trestně odpovědný

Zastavit trestní stíhání lze tedy pro nepřičetnost v době činu.

§ 173 Přerušování trestního stíhání

Zde je z hlediska psychiatrie důležitý odst. (1) písmeno b) a c)

(1) Státní zástupce přerušuje trestní stíhání,

b) nelze-li obviněného pro těžkou chorobu postavit před soud,

c) není-li obviněný pro duševní chorobu, která nastala až po spáchání činu, schopen chápat smysl trestního stíhání.

Veškerý text v této kapitole, který je označen pomocí kurzívy naznačuje jeho citaci. A to je zdrojů trestního zákoníku 40/2009 Sb. a trestního řádu 141/1961 Sb.

ZÁVĚR

Tuto práci jsem psal převážně z pohledu studenta, nikoliv psychiatra. Na psaní této práce, či jiných prací z psychiatrické oblasti je podle mého názoru nutné mít zkušenosti z praxe. Jde vidět i na autorech těchto knih, že se jedná o zkušené psychiatry, kteří mají k této problematice co říct. Jako student jsem se snažil tuto problematiku také tak pojmut a převést ji či do studentského jazyka. Některé odborné termíny převážně z cizích jazyků jsem převáděl do češtiny nebo jsem neznámé pojmy uvedl do poznámek pod čarou. V úvodní části této práce jsem se zabýval obecným vyjmenováním činnosti soudní psychiatrie a její historií. A to z pohledu psychiatrického a tak z pohledu vývoje práva u duševně nemocných. V dalších částech jsem se věnoval obecné a speciální psychopatologii. Z mého pohledu to byla asi nejzábavnější část této práce. V obecné části jsem se zabýval symptomy jednotlivých poruch, ve speciální syndromy duševních nemocí. Důležité psychické choroby z hlediska forezního jsem doplnil o kazuistiky a to od pana Pavlovského (z jeho dvou knih), dále od pana Mečříře a Dufka. Také jsem u těchto chorob, převážně ve speciální části uváděl souhrnné forezní hledisko, tedy jak na takové poruchy nahlíží soudní psychiatři. Ve třetí části této práce jsem se snažil vystihnout vztah soudní psychiatrie a kriminalistiky a uvedl jsem zde celostátní průzkum recidivy, který se konal v 70. letech minulého století. Zabýval jsem se zde i prevencí kriminality z hlediska soudní psychiatrie. V této části jsem taktéž uvedl co to je psychiatrický znalecký posudek jeho jednotlivé části a paragrafy, které se s ním váží. Jedná se převážně o paragrafy z trestního řádu, kde jsou napsány požadavky na znalce. V poslední části jsem se snažil popsat vztah soudní psychiatrie a trestního práva, tento vztah sem se pokusil dohledat v trestním zákoníku 40/2009 Sb. a trestním řádu 141/1961 Sb. Jako poslední jsem do příloh vložil fotografie psychicky narušených lidí, převážně se jedná o fotografie od pana Dufka, některé jsou staženy z internetu.

Z pohledu na psychiatrii jako takovou, očekávám v budoucnu další rozvoj, jelikož podle mého názoru je to velmi přínosný obor a jeho znalost přináší určité obohacení. Ať už z pohledu růstu osobnosti či pozorování psychopatologický projevů na vlastní těle a možnosti eliminace těchto projevů. Očekávám rozvoj psychiatrie také z pohledu dalšího výzkumu a bádání např. v oblasti lidského mozku apod., jelikož se stále nacházíme ve stádiu omezeného poznání lidské psychiky.

ZÁVĚR V ANGLIČTINĚ

This thesis, I wrote primarily as a student, not as a psychiatrist. In my opinion to writing this thesis or another book from psychiatric field, you must have some practical experience. The authors of those books are experienced psychiatrists, who are this issue write. As a student, I tried convert this issue to student language. Some technical terms mostly in foreign languages I transformed to czech or student language. In the first part of these thesis, I dealt general problems of forensic psychiatry and her history. A tried to show psychiatric and law problems of this issue. The next part is devoted from general and specific psychopathology and I think this was the funniest part of these thesis for me. In general part I dealt symptoms of disorders and in specific a tried to explain mental illness. To some illness I added forensic case from Mr. Pavlovsky, Mečř and Dufek. In the third part I tried to explain relationship forensic psychiatry and criminologist, and I mentioned about national survey of recidivism, which took in the 70's last century. I also dealt with crime prevention in terms of forensic psychiatry. In this part I mention about psychiatric expert's report. In the last part, I tried to describe the relationship of forensic psychiatry and criminal law. These relationship I tried to search in Penal Code 40/2009 Coll. and Criminal Procedure 141/1961 Coll. And the last one I put the pictures of mentally illness people to annexes. Mostly was the photo from Dufek's book, but some are downloaded from the internet.

In a general view od psychiatry a expect more in the future development. In my opinion psychiatrist is very useful specialization, which brings useful experience. For example experience to personal growth etc. And I expect the development of psychiatry in terms od further research in areas such as a human brain, because we are still at the stage of limited knowledge of the human psyche.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] DUFEK, Miroslav. *Soudní psychiatrie pro právníky a lékaře*. Praha : Orbis, 1976. 272 s. ISBN 104-21-851.
- [2] PAVLOVSKÝ, Pavel. *Soudní psychiatrie a psychologie*. vyd.1. Praha : Grada, 2001. 184 s. ISBN 80-247-0181-2
- [3] KALVACH, Zdeněk ; BRICHČÍN, Slavoj. *Soudní psychiatrie a sexuologie pro policisty*. vyd.1. Praha : Policejní akademie České republiky, 2003. 125 s. ISBN 80-7251-129-7.
- [4] ŠTUDENT, Vladimír. *Soudní psychiatrie a trestní právo*. vyd.1. Praha : Univerzita Karlova v Praze, 1989. 101 s. ISBN 80-7066-059-7.
- [5] MEČÍŘ, Jan. *Základy soudní psychiatrie pro právníky*. vyd.1. Praha : Univerzita Karlova v Praze, 1996. 61 s. ISBN 80-7066-059-7.
- [6] KRŮŽ, Josef. *Prevence a diagnostika negativních sociálních jevů z hlediska soudní psychiatrie*. vyd.1. České Budějovice : Jihočeská univerzita, zdravotně sociální fakulta, 2002. 53 s. ISBN 80-7040-555-4.
- [7] DUFEK, Miroslav. *Přehled základů soudní psychiatrie pro studující práv.* vyd.2. Praha : Univerzita Karlova v Praze, 1979. 103 s.
- [8] MIŇHOVÁ, Jana. *Psychopatologie pro právníky*. 3.rozš.vyd. Plzeň : Aleš Čeněk, 2006. 134 s. ISBN 80-86898-70-9.
- [10] PAVLOVSKÝ, Pavel . *Soudní psychiatrie pro právníky*. vyd.2. Praha : Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010. 80 s. ISBN 978-80-87146-36-1.
- [11] HOLOUBKOVÁ, Jana, et al. *Základy soudní psychiatrie pro právníky*. vyd.1. Brno : Masarykova univerzita v Brně, 1999. 97 s. ISBN 80-210-2066-0.
- [12] BAŠTECKÝ, Jaroslav. *Psychiatrie, právo a společnost : Postavení duševně nemocného ve společnosti a v právních předpisech*. vyd.1. Praha : Galén, 1997. 218 s. ISBN 80-85824-45-0.
- [13] *Zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním(trestní řád)*. vyd.5. Praha : Armex publishing s.r.o., 2010. 283 s. ISBN 978-80-86795-92-8.
- [14] *Zákon č.40/2009., trestní zákoník*. vyd.1. Praha : Armex publishing s.r.o., 2010. 172 s. ISBN 978-80-86795-81-2.

- [15] KŘÍŽ, Miroslav. *Vybrané kapitoly ze soudní psychiatrie*. vyd.2. České Budějovice : Jihočeská univerzita, zdravotně sociální fakulta, 2004. 172 s. ISBN 80-7040-709-3.
- [16] KLIMENT, Pavel . *Speciální psychopatologie : Studijní texty pro distanční studium* [online]. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, právnická fakulta, 2002 [cit. 15.5.2011]. Dostupné z WWW:
<http://sociologie1.wz.cz/download/Psychopatologie%2001/Skripta%20-%20specialni%20psych.%20Kliment.doc>
- [17] *Businesscenter.cz* [online]. 2010 [cit. 2011-05-15]. Zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád). Dostupné z WWW:
<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/trestni_rad/>.
- [18] *Businesscenter.cz* [online]. 2010 [cit. 2011-05-15]. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. Dostupné z WWW:
<<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/trestni-zakonik/>>.
- [19] *Wikipedie : Otevřená encyklopedie* [online]. 2001 , 5.1.2011 [cit. 2011-05-15]. Dostupný z WWW: <www.cs.wikipedia.org/>.
- [20] *Phil.muni.cz* [online]. 2003 [cit. 2011-05-16]. CejpekIQ1. Dostupné z WWW:
http://www.google.cz/url?sa=t&source=web&cd=4&ved=0CCwQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.phil.muni.cz%2F~grohmann%2FcejpekIQ1.doc&ei=PfXQTam_GM7tOZa3oLwC&usg=AFQjCNEyPWqAXWZ3o5Uk2uzFWgS6CfXm_w

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

př.n.l.	před naším letopočtem
z angl.	z anglického jazyka
event.	eventuelně
WHO	World health organization – světová zdravotnická organizace
MKN 10	Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize
DSM IV.	Americká klasifikace nemocí 4. revize
apod.	a podobně
atp.	a tak podobně
atd.	a tak dále
odst.	odstavec
č.	číslo
např.	například
písm.	písmeno
sb.	sbírky
očťř	osoby činné v trestním řízení
tzv.	tak zvané
t.z.	trestního zákona
t.ř.	trestního řádu

SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obrázek 1 Vlajka světové zdravotnické organizace (WHO)</i>	16
<i>Obrázek 2 Fáze spánku</i>	18
<i>Obrázek 3 Rozložení inteligence v populaci podle Gaussovy křivky</i>	31
<i>Obrázek 4 Popis schopností jedinců podle inteligence</i>	31
<i>Obrázek 5 Celostátní průzkum recidivy</i>	71

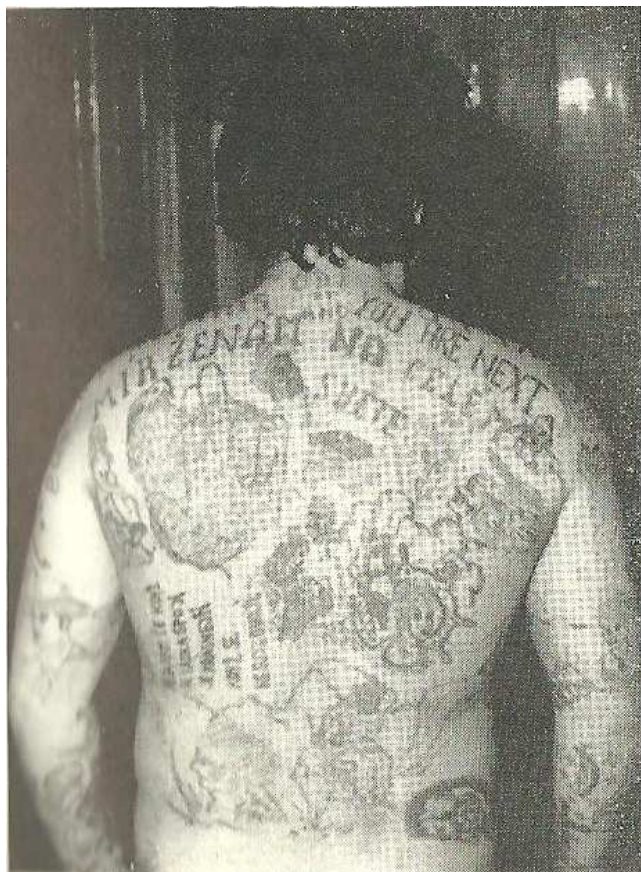
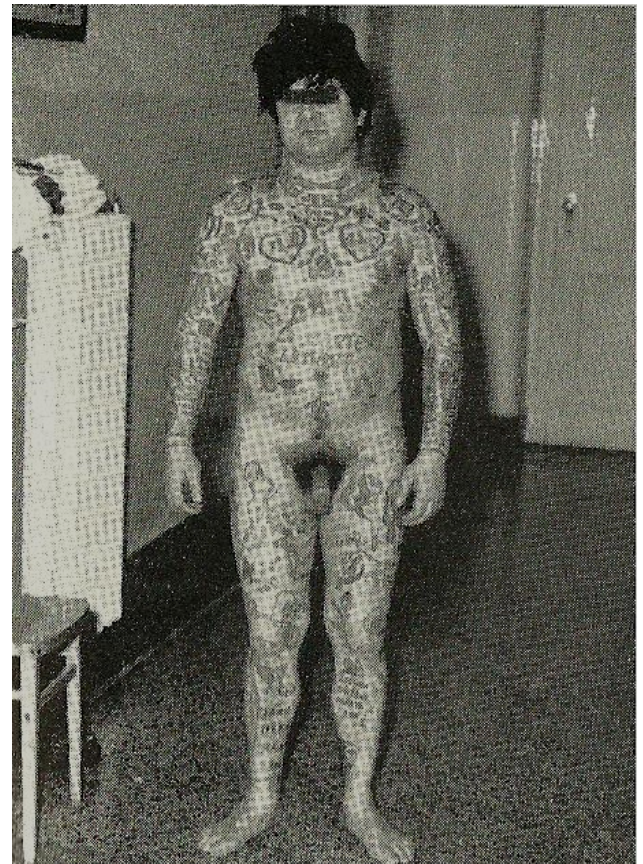
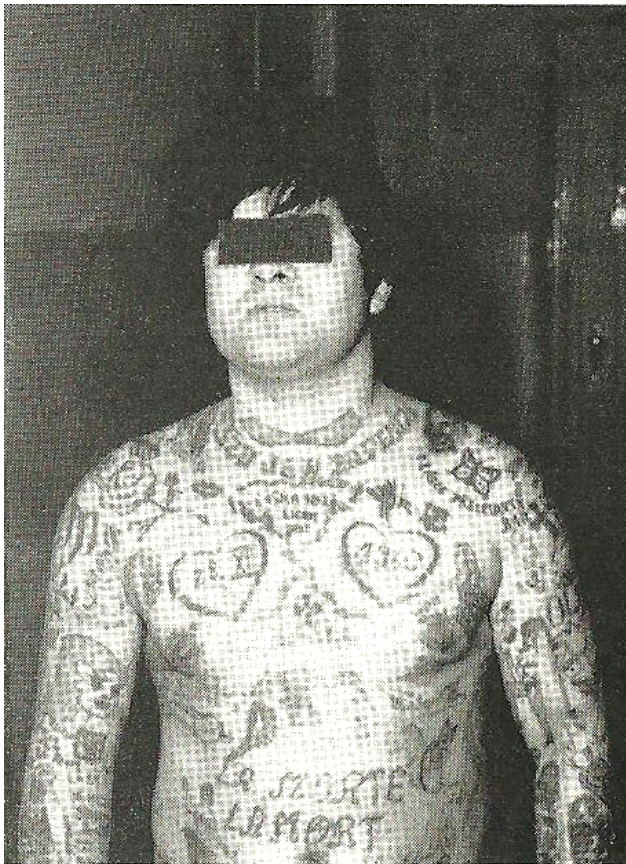
SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1: Tabulka celostátního průzkumu recidivy.....</i>	<i>71</i>
---	-----------

SEZNAM PŘÍLOH

<i>Příloha 1 Slaboduchost, psychopatie, alkoholismus, deviantní sexuální aktivita</i>	97
<i>Příloha 2 Debilita, erotismus.....</i>	98
<i>Příloha 3 Chronické schizofrenní onemocnění s dezintegrací osobnosti</i>	98
<i>Příloha 4 Mentální retardace – imbecilita</i>	99
<i>Příloha 5 Mentální retardace – idiocie</i>	99
<i>Příloha 6 Ukázka výtvarného projevu pacienta</i>	100
<i>Příloha 7 Část dopisu ženy nemocné schizofrenií</i>	100
<i>Příloha 8 Alkoholická demence Korsakovského typu.....</i>	101
<i>Příloha 9 John Tripp po 67 hodinách beze spánku</i>	101
<i>Příloha 10 Peter Tripp při pokusu v délce nespaní</i>	102
<i>Příloha 11 Peter Tripp po 200 hodinách beze spánku</i>	102

PŘÍLOHA P I: FOTOGRAFIE DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH



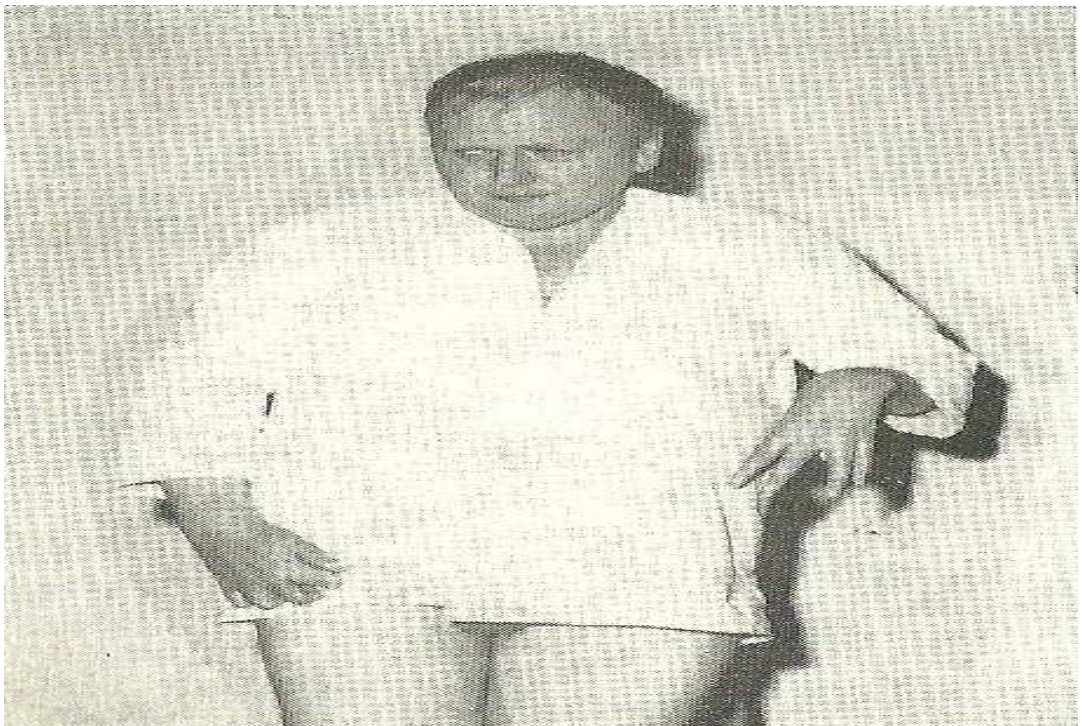
Příloha 1 Slaboduchost, psychopatie, alkoholismus, deviantní sexuální aktivita

[zdroj uveden v použité literatuře, zdroj číslo [1]]



Příloha 2 Debilita, erotismus

[zdroj uveden v použité literatuře, zdroj číslo [1]]



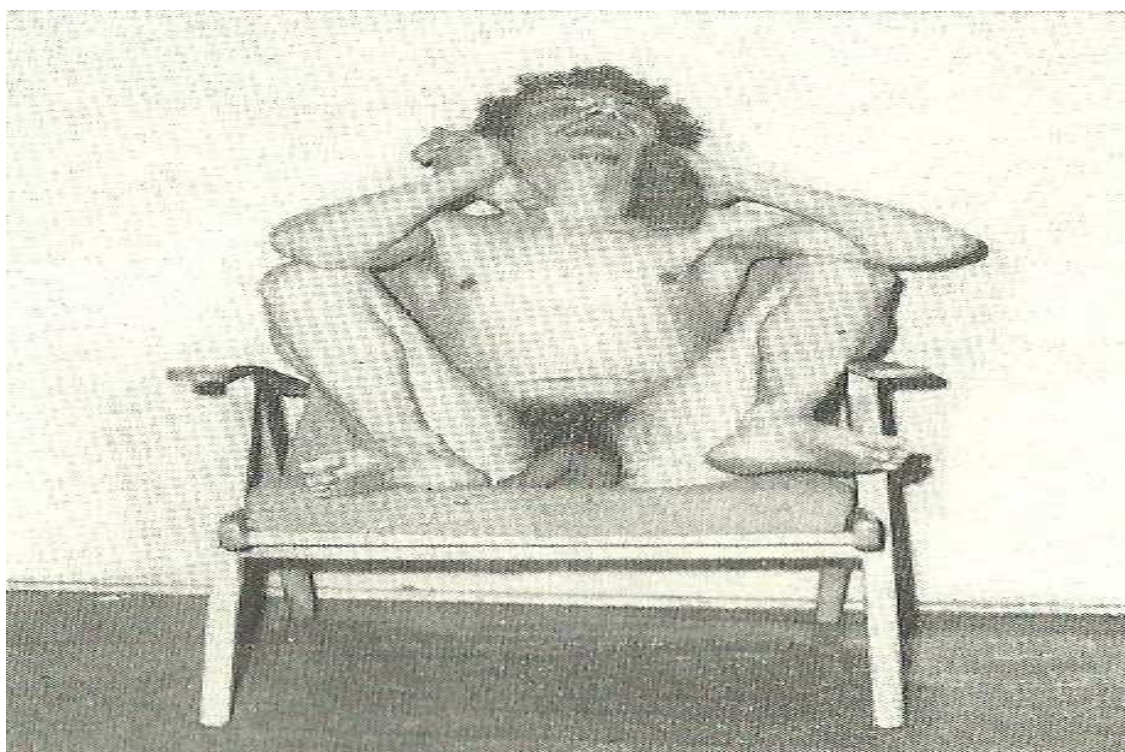
Příloha 3 Chronické schizofrenní onemocnění s dezintegrací osobnosti

[zdroj uveden v použité literatuře, zdroj číslo [1]]



Příloha 4 Mentální retardace – imbecilita

[zdroj uveden v použité literatuře, zdroj číslo [1]]



Příloha 5 Mentální retardace – idiocie

[zdroj uveden v použité literatuře, zdroj číslo [1]]



Příloha 6 Ukázka výtvarného projevu pacienta

[zdroj uveden v použité literatuře, zdroj číslo [1]]

19. března 1976
Všem blízkým

Byla jsem si to připomínám a Pan Jiří Kotál Já chci 2 chleby aby se
 odměkalo celým tělem -- záda jsem pak a na cestě stál člověk
 a prováděl obrátky Právě když jsem šel do práce ale ještě mě byl
 my doma jiříšek On totiž chce aby stál ve svůj Kapslice a mnil
 dvíře otevřený a v ruce cihličku To si ty přigledáhl. my v chytě tu Tufu
 držela sem ho na stole a on říkal jen Mě mi chci Já to ještě něco odám už Já si usopatrím kávu a
 Já chci Taký chleba a dost abych byl spokojen rychle Já sem kávi. Já chci Taký Cusc pro smůlu
 mn a chci Taký chleba patř bera viho -- aby si nemyslil že sem si to vymyslel. Já
 myslím na rádění -- Když by to! bylo moc silný Tak čekám na příležitost aby my Kávu
 Tvořku vody a ráhl děl jiříšek == Já chci aby lidé byli Ten Tvořky Podle Mě Taký rukou !!
 Já už mypouta Tak budu chci to Co sem ale dnes? Kromě toho mám na rozlypání.
 děl říkal -- Co? Já chci myt De Pet Ho by -- Já chci upoň Ho Tvoř polib kromě toho stáje
 ten my Kroma. Dm Vědět jak to je připomínám? -- To se ale jak vlastně Tvoř -- Já Půkousky
 Aha! To bude Upatření aby bylo čisté na stole Já sem Kromě
 Já chci !! Aby ste se poradili Kladně a ještě Mě Cusc To není žádná legrace ale je to
 // 1 1 1

Příloha 7 Část dopisu ženy nemocné schizofrenií

[zdroj uveden v použité literatuře, zdroj číslo [1]]



Příloha 8 Alkoholická demence Korsakovského typu

[zdroj uveden v použité literatuře, zdroj číslo [1]]



Příloha 9 John Tripp po 67 hodinách beze spánku

[obrázek převzat z <http://www.manfrommars.com/tripp.html>]



Příloha 10 Peter Tripp při pokusu v délce nespaní

[obrázek převzat z <http://www.commonlawcousins.com/film.html>]



Příloha 11 Peter Tripp po 200 hodinách beze spánku

[obrázek převzat z <http://www.manfrommars.com/tripp.html>]