

# VICEVERJA

GLASILO ZDRUŽENJA PSIHIATROV PRI SLOVENSKEM ZDRAVNIŠKEM DRUŠTVU

## POMEN UŽIVANJA ALKOHOLA IN NEDOVOLJENIH DROG V IZVEDENSTVU

posebna številka  
2019



**Uredniki posebne številke**

doc.dr. Brigita Novak Šarotar, dr.med.

doc.dr. Jure Bon, dr.med.

**Uredniški odbor**

prof.dr. Peter Pregelj, dr.med.

prof.dr. Maja Rus Makovec, dr.med.

prof.dr. Mojca Zvezdana Dernovšek, dr.med.

Nataša Potočnik Dajčman, dr.med.

doc.dr. Blaž Koritnik, dr.med.

doc.dr. Marko Pišljar, dr.med.

prim. Andrej Žmitek, dr.med.

asist. Jure Koprivšek, dr.med.

Kristijan Nedog, dr.med.

Peter Kapš, dr.med.

**Programski odbor**

prof.dr. Martina Tomori, dr.med.

prof.dr. Blanka Kores-Plesničar, dr.med.

prof.dr. Rok Tavčar, dr.med.

prof.dr. Bojan Zalar, klin.psih.

prim. Gorazd V. Mrevlje, dr.med.

prof.dr. Vesna Švab, dr.med.

**Lektoriranje:**

Mateja Strbad

**Izdajatelj**

Slovensko zdravniško društvo; Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu

Naslov uredništva: Dunajska 162, 1000 Ljubljana

Domača stran na internetu: [www.zpsih.si](http://www.zpsih.si)

**Tisk**

T&E d.o.o.

**Grafično oblikovanje**

Branko Anđel s.p.

ISSN 1318-5764

---

# Kazalo

Mirjana Radovanović

**Nova znanstvena spoznanja o posledicah uživanja alkohola** ..... 4

Andrej Kastelic, Nuša Šegrec

**Novi izzivi pri rabi nedovoljenih drog** ..... 8

Majda Zorec Karlovšek

**Izzivi toksikološkega izvedenstva v primeru rabe alkohola in drugih psihoaktivnih snovi** ..... 14

Nadja Podobnik Oblak

**Posledice uživanja alkohola in nedovoljenih drog v nepravdnih postopkih** ..... 28

Matej Kravos

**Dileme izvedenca pri izvedenstvu posledic uživanja alkohola in nedovoljenih drog v nepravdnih postopkih** ..... 34

Martina Tomori

**Psihiatrično izvedenstvo in ocena posledic uživanja alkohola in drugih psihoaktivnih snovi v družini** ..... 42

Alja Kratovac

**Vpliv akutnih intoksikacij in odvisnosti v presoji kazenske odgovornosti** ..... 48

Nikolaja Hožič

**Posledice uživanja alkohola in nedovoljenih drog v kazenskih in nepravdnih postopkih – pogled tožilca** ..... 54

Branko Brinšek

**Vpliv uživanja alkohola in nedovoljenih drog na vprašanje odgovornosti v kazenskih zadevah** ..... 60

**Opravičilo in popravek besedila v reviji** ..... 67

# ***Nova znanstvena spoznanja o posledicah uživanja alkohola***

---

**Mirjana Radovanović**

Zahvala: izr. prof. Maji Rus - Makovec, dr. med., spec. psih., svet.

Korespondenca:

asist. dr. Mirjana Radovanović, dr. med., spec. psih.  
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana  
E-naslov: [mirjana.radovanovic@psih-klinika.si](mailto:mirjana.radovanovic@psih-klinika.si)

---

Prispevek na kratko povzema klinično pomembne motnje zaradi uživanja alkohola, kakor so definirane v sedaj veljavnih klasifikacijskih sistemih. V nadaljevanju predstavimo, na kakšen način so posledice uživanja alkohola relevantne za psihiatrično izvedensko prakso.

Samostalniške besede v moški obliki se nanašajo tako na ženske kot na moške.

Slovenija ima tako imenovano »mokro« kulturo (1), za katero je značilen zelo sprejemajoč odnos do uživanja (etilnega) alkohola ne glede na situacijo, okoliščine, kontekst. Hkrati so posledice uživanja alkoholnih pijač pomembno breme za družbo in stanejo Evropo 1,3 % bruto družbenega proizvoda (2), v Sloveniji pa stroški posledic uživanja alkohola pomenijo kar 5 % izdatkov zdravstvene blagajne (3), če upoštevamo alkoholu posredno in neposredno pripisljive zdravstvene posledice, vključno z oceno izgubljenega bodočega dohodka zaradi prezgodnje umrljivosti.

Poročilo o alkoholu v Evropi za Evropsko komisijo (2) se začne z naslednjo ugotovitvijo:

»V Evropi so prebivalci proizvajali in uživali alkohol tisoče let in ga izdelovali iz materialov, ki so bili lokalno na voljo. Pogosto so bile alkoholne pijače uporabljane tudi kot zdravilo. Ta praksa se je nadaljevala vse do zgodnjega dvajsetega stoletja in razcveta sodobne medicine. Zakoni o alkoholu so obstajali, vendar so večinoma bili namenjeni urejanju javnega reda in regulaciji trgovanja z alkoholom, ne pa javnemu zdravju.«

### O čem torej teče beseda?

Danes vemo, da je zasvojenost s psihotropnimi snovmi (tj. drogami), kamor sodi tudi alkohol, bolezen možganov. Sodobna definicija Ameriškega združenja za medicino odvisnosti (ASAM) govori, da je »zasvojenost primarna, kronična bolezen možganskih povezav, ki imajo funkcijo nagrajevanja, motivacije in spomina, ter z njimi povezanih poti« (4).

Klasifikacijski sistemi so izvedencem v pomoč pri opredeljevanju motenj zaradi uživanja alkohola pri preiskovancih in so dragoceni vir znanstvenih raziskav o pojavnih oblikah posamezne motnje. V nadaljevanju povzemamo sedaj veljavne klasifikacije bolezni in novo klasifikacijo Svetoven zdravstvene organizacije.

Sedaj veljavna Mednarodna klasifikacija bolezni (MKB-10-AM-6; 5), ki jo uporabljamo v Sloveniji, opredeljuje več motenj zaradi uživanja alkohola: patološki opoj, škodljivo rabo alkohola, sindrom odvisnosti od alkohola, odtegnitev od alkohola brez delirija

ali z delirijem in kronične posledice uživanja alkohola, med njimi so amnestična motnja, psihotična motnja in organska motnja zaradi uživanja alkohola. Vse imajo relativno jasne diagnostične kriterije. Vendar je v praksi marsikdaj težko na podlagi enega pogovora ali brez podatkov svojcev in drugih pomembnih oseb, ki poznajo funkcioniranje pacientov, uvrstiti pacienta/preiskovanca v eno izmed naštetih kategorij. Nova klasifikacija Ameriškega psihiatričnega združenja je v svoji peti reviziji (DSM-5; 6) vnesla koncept spektralnega gledanja na duševne motnje, ki mu deloma sledi tudi prihajajoča MKB-11 (<https://www.who.int/classifications/icd/en/>).

Motnja zaradi uživanja alkohola (6) vsebuje naslednje diagnostične kriterije:

- uživanje večje količine, kot načrtovano,
- neuspešni poskusi zmanjšanja uživanja alkohola,
- ožjenje spektra aktivnosti,
- težave v izpolnjevanju obveznosti (v službi, v šoli, doma ...),
- nadaljevanje uživanja alkohola kljub težavam v različnih situacijah ter nadaljevanje rabe kljub zavedanju, da so težave posledica uživanja alkohola ali pa jih bo slednje poslabšalo,
- vedno več časa posvečenega dejavnostim v zvezi z uživanjem alkohola,
- uživanje alkohola v tveganih situacijah (denimo vožnja pod vplivom alkohola),
- toleranca (pomeni, da je sčasoma potrebna večja količina za isti učinek oziroma je učinek enake količine sčasoma bistveno manjši),
- abstinenčni simptomi, to je odtegnitev (pojavi se bodisi tipični simptomi in znaki abstinenčnega sindroma ob odtegnitvi alkohola oziroma pride do uporabe iste ali sorodne substance za blažitev abstinenčnih simptomov).

DSM-5 določa, da ima pacient blago motnjo, če so v obdobju zaporednih 12 mesecev prisotni dva do trije kriteriji. Če so prisotni štirje do pet kriterijev, gre za zmerno motnjo. Zelo resna motnja zajema šest ali več kriterijev v obdobju istih 12 mesecev (6).

Na podlagi znanstvenih in kliničnih izsledkov DSM-5 prvič definira tudi remisijo, to je stanje brez aktualno prisotne bolezenske epizode. O zgodnji remisiji govorimo, ko so pri pacientu izven varnega okolja inštitucije (denimo bolnišnice, komune, zapora ...) odsotni vsi simptomi bolezni več kot tri mesece in manj kot dvanajst mesecev. Ko gre za odsotnost bolezenskih simptomov več kot 12 mesecev, gre za stabilno remisijo (6).

Predlog Svetovne zdravstvene organizacije za MKB-11 zajema naslednje motnje zaradi uživanja alkohola (7):

- ena/edina epizoda uživanja substance,
- škodljiva raba alkohola, ki je lahko epizodična ali redna,
- sindrom odvisnosti od alkohola, ki je lahko aktualni sindrom (sedanji sindrom) ali v remisiji – slednja je delna ali polna,
- posledice uživanja alkohola (analogno MKB-10): intoksikacija, odtegnitev, delirij, psihotična motnja, druge opredeljene motnje.

Toleranca na alkohol je eden tistih diagnostičnih kriterijev, ki jih osebe pri sebi prepoznajo in znajo opisati. Hkrati pa je pomembna tudi kot uporaben ključ za identifikacijo oseb z visokim tveganjem za nastanek motenj zaradi rabe alkohola (8) – denimo, mlajši pacienti z zgodnjim začetkom uživanja alkohola in tisti, ki »ga dobro nesejo«. Pomembno je vedeti, da toleranca ne nastaja simultano za vse učinke alkohola – denimo, aktivnost v rutinskih situacijah je lahko neprizadeta pod vplivom alkohola prav zaradi tolerance, medtem ko je ravnanje v novih okoliščinah lahko zelo oškodovano. Primer je vožnja osebe po znani cesti v primerjavi z vožnjo po za osebo novi cesti.

Sočasno potekajoče motnje so pri osebah, ki uživajo alkohol in imajo zaradi tega posledice, prej pravilo kot izjema (9, 10). Najpogostejše so: mejna osebnostna struktura in druge šibke organizacije osebnostne strukture, spekter anksiozno-depresivnih motenj, uživanje drugih drog in psihotične motnje.

Pojavnost motenj zaradi uživanja alkohola zato lahko razumemo skozi kapaciteto za razumevanje signalov in obvladovanje odgovorov nanje, ki se spreminja na tridimenzionalnem spektru oziroma na treh dimenzijah:

- direktne posledice rabe alkohola,
- procesi nevroadaptacije, to je prilagoditev možganov na določene učinke alkohola,
- spremembe v možganskih funkcijah zaradi kronične rabe alkohola.

Vse naštetu vodi v neprilagojeno vedenje oseb, ki pijejo alkohol in imajo zaradi rabe alkohola posledice. Nekatera od teh neprilagojenih vedenj so vzrok za sodne postopke in pomembna za izvedensko prakso.

Za psihiatrično izvedenstvo je raba alkohola pri

preiskovancih pomembna v primerih vožnje pod vplivom alkohola oziroma udeležbe v prometu, kaznivih dejanj zaradi dezinhibicije vedenja in posledičnega heteroagresivnega vedenja ter za ocene starševske vloge oziroma starševskih kapacitet (11).

Naloga izvedenca psihiatrične stroke je (11), da oceni zmožnost preiskovanca razumeti dejanja (tj. mišljenje) in obvladovati ravnanja (tj. vedenje). Ena ali druga zaradi posledic rabe alkohola morda nista oškodovani ali pa sta lahko:

- bistveno zmanjšani,
- zmanjšani, vendar ne bistveno ali
- kapacitete primarno/nikoli ni bilo.

Za ilustracijo navedenih konceptov naj predstavimo vinjete primerov:

#### *Prvi primer:*

Univerzitetno izobražena ženska z mejno osebnostno strukturo je epizodično uživala alkohol. Večkrat je opita vozila otroka, ki sta bila oba mlajša od 10 let. Policija jo je enkrat ustavila in v sodnem postopku je bilo zahtevano psihiatrično izvedensko mnenje.

V zaključku mnenja je bilo poudarjeno, da je šlo pri preiskovanki za pomembno kombinacijo dveh duševnih motenj (v skladu z veljavno klasifikacijo duševnih motenj), in sicer za škodljivo rabo alkohola in za mejno osebnostno strukturo. Hkratna prisotnost obeh predstavlja visoko tveganje za deviantno vedenje in je zato smiselno intenzivno zdravljenje težav zaradi uživanja alkohola, čeprav slednje same na sebi ne izpolnjujejo kriterijev za sindrom odvisnosti od alkohola.

#### *Drugi primer:*

Moški, ki je zasvojen z alkoholom, že 20 let pretepa svojo ženo. Ob zadnjem izbruhu nasilja je posredovala policija. V sodnem postopku je bila odrejena izdelava psihiatričnega izvedenskega mnenja.

V mnenju je bila potrjena diagnoza sindroma odvisnosti od alkohola. Bolezen je povzročila spremembe v možganih in njihovem funkcioniranju (s procesom nevroadaptacije), s katerimi se možgani prilagodijo na kronično prisotnost in učinke alkohola ter tudi deloma ščitijo pred škodljivimi posledicami delovanja alkohola na celice. Posledica tega procesa je spremenjen miselni proces preiskovanca in njegovo odzivanje na dejavnike v sebi in iz okolja na način, da je bila njegova sposobnost razumevanja situacije zmanjšana, vendar ne bistveno zmanjšana.

**Tretji primer:**

Moški, član ene izmed specialnih enot, je v prepiru akutno opit pretepel ženo. Po uradni dolžnosti je bil sprožen postopek obravnave partnerskega nasilja. Odrejena je bila izdelava psihiatričnega izvedenskega mnenja.

Ugotovljeno je bilo, da je preiskovanec zasvojen z alkoholom, torej da ima sindrom odvisnosti od alkohola. V zaključku mnenja je izpostavljeno, da je bilo vedenje v času incidenta izven običajnega vzorca obnašanja preiskovanca v družini in tudi pod vplivom alkohola. Iz tega sledi, da je bila preiskovančeva zmožnost razumevanja situacije in obvladovanja vedenja bistveno zmanjšana.

Izvedenec psihiatrične stroke je postavljen pred izziv, ki ga v delo vnaša heterogenost tako populacije preiskovancev s težavami zaradi alkohola kot tudi sočasno potekajočih motenj ter želja, pričakovanj in sposobnosti pacientov oziroma preiskovancev. Tako je lahko škodljiva raba alkohola v kombinaciji s klinično pomembnimi osebnostnimi motnjami vzrok za visoko tveganje za nastanek deviantnega vedenja. Po drugi strani pa sindrom odvisnosti od alkohola sam po sebi ne pomeni nujno tveganja za deviantno vedenje.

**Namesto zaključka**

Heterogenost populacije, ki uporablja alkoholne pijače, in pojavnih oblik posledic alkohola ter spekter posledic uživanja alkohola in sočasno potekajočih motenj ob upoštevanju nevroadaptacije narekujejo, da se sistemsko uredi možnost pridobitve čim več podatkov za oceno psihopatologije in funkcionalnosti preiskovancev v postopku izdelave psihiatričnega izvedenskega mnenja.

**Literatura:**

1. Čebašek - Travnik Z. Slovenia: alcohol today— could a country be addicted to alcohol? *Addiction* 2007; 102: 11–14.
2. Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies, 2006.
3. Sedlak S, Zaletel M, Zorko M, Kasesnik K. *Ekonomske posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014.
4. ASAM. *Public Policy Statement: Definition of Addiction*. ASAM, 2011. Dostopno na: [https://www.asam.org/docs/default-source/public-policy-statements/1definition\\_of\\_addiction\\_long\\_4-11.pdf?sfvrsn=a8f64512\\_4](https://www.asam.org/docs/default-source/public-policy-statements/1definition_of_addiction_long_4-11.pdf?sfvrsn=a8f64512_4)
5. *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija (MKB-10-AM)*. Pregledni seznam bolezni. Šesta izdaja. Slovenska izdaja: NIJZ, 2012.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington D.C.: APA, 2013.
7. World Health Organization (WHO). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision)*. Geneva: WHO, 2019. Dostopno na: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
8. Gordis E. Alcohol and tolerance – commentary. In: NIAAA. *Alcohol and Tolerance*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: Alcohol Alert, No. 28 PH 356 April 1995. Dostopno na: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa28.htm>
9. Rus-Makovec M, Čebašek-Travnik Z, Radovanovič M, Ivančič R, Tomšič V. Diagnostika komorbidnosti pri bolnikih, odvisnih od alkohola: razlike in dileme. *Zdravniški vestnik*, 71: 679–84.
10. Gossop M, Neto D, Radovanovic M, Batra A, Toteva S, Musalek M, et al. Physical health problems among patients seeking treatment for alcohol use disorders: A study in six European cities. *Addiction Biology* 2007;12: 190–6.
11. Rus - Makovec M. Izvedenski vidik - pogovor. Januar 2019. (neobjavljeno).



# ***Novi izzivi pri rabi nedovoljenih drog***

---

**Andrej Kastelic<sup>1</sup>**

**Nuša Šegrec<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Grablovičeva 48, 1000 Ljubljana

<sup>2</sup> Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana

Korespondenca:

doc. dr. Andrej Kastelic, dr.med., spec.psih.,

Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Grablovičeva 48, 1000 Ljubljana

E-naslov: [andrej.kastelic@guest.arnes.si](mailto:andrej.kastelic@guest.arnes.si)

---

## 1. Uvod

Epidemiologija uporabe drog se v zadnjem desetletju pomembno spreminja. Populacija oseb, ki uživajo opioide se predvsem v Evropi stara in ti ljudje imajo vse več pridruženih duševnih in telesnih motenj. Po drugi strani svetovno poročilo Združenih narodov o drogah ocenjuje, da je v letu 2018 približno 34,2 milijona ljudi uporabljalo stimulanse amfetaminskega tipa (ATS), 18 milijonov kokain in 21 milijonov ekstazi. Tako ATS postajajo pogostejše uporabljena droga, takoj za kanabisom (1).

## 2. Nove psihoaktivne snovi

Ravno tako narašča število novih psihoaktivnih snovi (NPS), o katerih Urad združenih narodov za droge in kriminal (UNODC) poroča, da jih je bilo med letoma 2009 in 2016 zaznanih vsaj 739 (2), od katerih jih je bilo 36% uvrščenih med stimulanse, dobra tretjina pa med agoniste kanabinoidnih receptorjev. NPS so opredeljene kot nove narkotične ali psihotropne droge, ki niso uvrščene na sezname v skladu s konvencijama Združenih narodov o nadzoru nad drogami ter lahko pomenijo primerljivo nevarnost za javno zdravje s snovmi, ki so na te sezname uvrščene. NPS so lahko toksične že pri enkratni uporabi, razpolovni časi so lahko kratki. Pogosto sploh ne vsebujejo snovi, ki naj bi jih imele, vsaj 15 % jih vsebuje neznane snovi in ravno to je za nekatere osebe, ki jih jemljejo, dodaten izziv za njihovo uporabo.

### 2.1 Agonisti kanabinoidnih receptorjev

Teh je sedaj že več kot 200 vrst in so najbolj razširjena oblika NPS tako v Evropi, kot po vsem svetu. Večinoma se jih kadi kot jointe, vendar se jih lahko tudi zaužije in vbrizga, saj so tudi v obliki tekočine, tako da se jih lahko kadi tudi v elektronskih cigaretah. Imajo tudi pomembno večjo afiniteto za kanabinoidne receptorje CB 1 in CB 2 in so lahko več kot 100 krat bolj potentni kot kanabinoidi iz konoplje. Ne vsebujejo kanabidiola (CBD), ki v nekem smislu lahko »uravnoteži« delovanje drugih psihoaktivnih kanabinoidov. Ljudje jih jemljejo predvsem z namenom sproščanja, doseganja privzdignjenosti, dezinhibicije, povečanja energije in spremenjene zavesti. Kronična uporaba je povezana s spremenjeno toleranco, tako da so lahko znaki odtegnitve dolgotrajni, močno izraženi in jih osebe težko prenašajo, kar vodi do ponovne uporabe. Neželeni učinki se lahko kažejo kot konvulzije, srčno žilni zapleti, kašljanje, bolečina, glavobol, nemir, depresija s samomorilnostjo, bizarno vedenje, zmeda z napadi panike, slušne in vidne

halucinacije vse do psihoze. Zdravljenje je simptomatsko, saj ne obstajajo specifična zdravila. Pogosto je potrebna tudi bolnišnična obravnava (3).

### 2.2 Stimulansi amfetaminskega tipa

Stimulansi amfetaminskega tipa (ATS) so običajno sintetične droge, katerih učinek se kaže predvsem z evforijo, vznemirjenjem in psihomotorično aktivacijo. Številni uporabniki se ob njihovi uporabi počutijo neranljive, kar vodi do visoko tveganega vedenja, vključno z agresivnim vedenjem.

A novih izzivov pri zmanjševanju škode zaradi uporabe teh drog, obravnavi oseb, ki jih jemljejo in novi politiki, tudi do uživalcev kot drog, ne pomeni le pojav novih psihoaktivnih snovi (PAS), pojavljajo se tudi novi načini uporabe, nove ranljive skupine, nova okolja, v katerih se te droge uporabljajo, ... Tako je potrebno razvijati nove učinkovite javnozdravstvene odgovore in spreminjati odnos do uporabnikov teh drog tudi z novo zakonodajo.

### 2.3 Snovi za izboljšanje zmogljivosti in telesnega videza (image and performance enhancing drugs)

Te se ne uporabljajo samo kot doping v vrhunskem športu, temveč jih uporabljajo tudi rekreativni športniki, pa tisti pri vadbi v fitnessih in zaporih, osebe, ki želijo izboljšati svoj videz, na primer s hujšanjem ali pa da povečajo mišično maso in moč, kot so na primer osebe zaposlene v varovanju, policiji, pa tudi mladostniki in mladostnice. Pogosto poleg opisanih učinkov te snovi povečajo tudi eksplozivnost in agresivnost. Večina jih jemlje z zaužitjem, pogosto te snovi tudi vbrizgavajo, pri tem se za zmanjšanje neželenih učinkov uporabljajo v posebnih ciklih ali pa se souporabljajo snovi, ki naj bi zmanjšale neželene učinke. Lahko jih vsebujejo različna prehranska dopolnila, na katerih niso navedene vse snovi, ki jih vsebujejo, predvsem za vrhunske športnike. Zaradi nepoznavanja predpisov in neželenih učinkov tovrstnim osebam te snovi lahko predpisujejo tudi ne dovolj poučeni in/ali neosveščeni zdravniki.

### 2.4 Novi sintetični opiodi

Teh je bilo samo med letoma 2009 in 2016 zaznanih več kot 25. So visoko potentni, pogosto prisotni tudi v drugih PAS ali se prodajajo namesto njih. Že naključen stik preko kože ali z vdihavanjem lahko povzroča resno zastrupitev. Na njih ni nujno opozarjati le oseb, ki jemljejo droge, temveč tudi zaposlene v urgentnih dejavnostih, kot so zdravstveno osebje, gasilci, policija, pa tudi drugi organi pregona, kot tudi osebje

v laboratorijih. So kot druge NPS lahko dostopni, tako preko interneta, kot posebnih trgovin. Lahko so tudi v obliki razpršil ali tekočine za elektronske cigarete, se prodajajo ali so primešani heroinu, kokainu, različnim ponarejenim zdravilom. Uporabniki z njimi nimajo izkušenj, podcenjujejo njihovo toksičnost. Antidot nalokson je lahko učinkovit, vendar so potrebni večji odmerki (3). Zaradi kratkih razpolovnih dob je potrebna pogostejša uporaba, poveča se možnost predoziranja, če se jih vbrizgava in se pri tem ne uporablja sterilnega pribora, se poveča tudi možnost okužb s krvjo prenosljivimi boleznimi.

### 2.5 Koketilen

Pri presnovi kokaina, ki se uporablja skupaj z alkoholom, nastaja aktivni metabolit koketilen, ki ima pomembno daljšo razpolovno dobo in je bolj potent kot kokain (4).

V prisotnosti alkohola pride do povišanih plazemskih koncentracij kokaina. Sočasna prisotnost kokaina in koketilena v krvi pa povzroči povečano evforijo in druge učinke, povezane z uporabo kokaina (5).

Ob sočasni rabi obeh PAS prihaja do pogostejših zapletov – epileptičnih napadov, povišanja srčne frekvence in morebitnih srčno-žilnih zapletov.

Izkušnje kažejo, da lahko kombinacija teh PAS poveča pogostost in izraženost agresivnega razmišljanja in groženj, kar lahko vodi do povečanja nasilnega vedenja (6).

## 3 Sistem zgodnjega opozarjanja

Za informiranje o škodljivih PAS, ki se pojavljajo na tržišču, je vzpostavljen poseben sistem zgodnjega opozarjanja (early warning system), ki ga pri nas koordinira Nacionalni inštitut za javno zdravje in z novimi obvestili ažurno obvešča programe in posameznike, ki delujejo na področju obravnave oseb, ki jemljejo droge.

### 4 Nove ranljive skupine:

- obiskovalci partijev (night life – več nasilja, vožnja pod vplivom PAS, tvegani in neželeni spolni odnosi,...);
- udeleženci t.i. chem sexa (LGBT, MSM, svingerji, ...);
- psihonavti (ljudje, ki iščejo po svoji osebnosti pod vplivom NPS, za katere pogosto niti ne vedo, katere so in je ravno »raziskovanje« učinka del vzburljenja);
- mladostniki;
- ljudje v policijskem pridržanju, priporih, zaporih.

### 4.1 Chem sex

Gre predvsem za trende pretežno med nekaterimi podskupinami homoseksualnih moških, ki vključuje injiciranje psihoaktivnih snovi vključno z NPS, v praksi znan kot »slamming«. Gre tudi za skupine LGBT, svingerske partije, a ne le na njih (7). Uporabljajo se kombinacije različnih drog, kot so metamfetamin, GHB/GBL, kokain, sildenafil (»viagra«) za ojačanje spolnih izkušenj... Udeleženci običajno prakticirajo tvegana spolna vedenja, ne uporabljajo kondomov, menjavajo številne spolne partnerje (8).

### 4.2 Soobolevnost

Pri osebah, ki jemljejo droge (PWUD-people who use drugs) so skoraj praviloma prisotne tudi telesne in duševne bolezni/motnje. Ne gre le za posledice poškodb v prometnih nesrečah, pri delu, zaradi nasilja, posledice namernih ali nenamernih predoziranja, temveč tudi za številne s krvjo prenosljive bolezni povezane s tveganim jemanjem drog in tveganim spolnim vedenjem ter neposredne škodljive učinke na praktično vse organe. Soobolevnost telesnih in duševnih bolezni predstavlja dodaten izziv, ne le za zdravljenje v ožjem smislu (interakcije zdravil z zdravili za zdravljenje odvisnosti in psihoaktivnimi snovmi, zapletene klinične slike tudi zaradi zastrupitev ali abstinencijskih kriz, odklanjanje zdravljenja s strani pacientov, številnih pridruženih osebnostnih potez, visoke smrtnosti, vključno s samomorilnostjo). Težave se še stopnjujejo, ker se populacija oseb, ki jemljejo droge stara.

PWUD redko in pogosto prepozno poiščejo zdravstveno pomoč, poleg tega pa jih obdaja stigma in so pri storitvah pogosto diskriminirane. Tudi poročanje in raziskovanje o soobolevnosti je borno.

### 4.3 Druge ranljive skupine

Čeprav je žensk, ki imajo težave z odvisnostjo od PAS, običajno manj kot moških, njihov delež sicer narašča, so negativni učinki na telesno in duševno zdravje pri ženskah bolj zgodnji in bolj uničujoči. Tudi stigma in diskriminacija, ki jo PWUD pogosto doživljajo pri strokovnjakih, ki bi morali pomagati, vključno z zdravstvenim osebjem, je pri ženskah še bolj izrazita. Večina pa potrebuje še posebno empatično obravnavo, tudi zaradi številnih travmatskih dogodkov v preteklosti, nosečnosti, starševstva, vključenosti v prostitucijo, trgovino z ljudmi, zaporne kazni,... (1,2)

Med ranljive skupine sodijo tudi mladostniki in

ostarele osebe, brezdomci, migranti, osebe na prestajanju kazni zapora,...

#### 4.4 Zaprte osebe

V zaporih v Evropi je bilo leta 2016 približno 1 milijon zaprtih oseb, več kot tretjina od njih v priporu. 4% (32.000) je bilo žensk, v vsaj 17 državah so bili zapori prenapolnjeni. (9).

Najmanj vsaka šesta oseba v zaporu tvegano jemlje droge, dobra četrtina jih je zaprtih zaradi z jemanjem drog povezanih dejanj. 21% jih prvič v življenju vbrižga droge v zaporu (10), več kot 90% jih v enem letu po odpustu recidivira tako z jemanjem drog, kot s kaznivimi dejanji (11).

Raziskava CARE, ki je potekala pilotsko pri 50 uporabnikih v času do 10 dni po prestani zaporni kazni v Grčiji, Nemčiji, na Madžarskem, Portugalskem in v Sloveniji je pokazala, da jih 30 – 71% že prvi dan po izpustu iz zapora uporabi eno od psihoaktivnih snovi, vključno z alkoholom in da jih v povprečju prvih 7 tednov le 22 – 45% ne vzame nobene psihoaktivne snovi (v Sloveniji 36%). (CARE študija – še neobjavljeno, podatki pri avtorjih). V zadnjih letih se v zaporih uporablja vse več NPS, posebno agonistov kanabinoidnih receptorjev, kar je lahko tudi vzrok povečanja agresivnosti oseb, ki jih jemljejo. Njihova cena je po navadi višja kot v skupnosti, povečujejo zadolževanje in nasilje med osebami na prestajanju kazni zapora, poveča se kriminalna dejavnost (3), zaradi souporabe pribora za vbrižgavanje, pa tudi možnost okužb s krvjo prenosljivih bolezni.

##### 4.4.1 Predoziranje

Umrljivost zaradi predoziranja z opiodi je v prvem tednu po izpustu iz zapora, če so bili pacienti v zaporu zgolj detoksicirani, 30-40 krat večja, kot je sicer pri populaciji oseb, ki jemljejo droge, in se šele v četrtem tednu »izenači« z umrljivostjo oseb, ki jemljejo droge v skupnosti. Med vsemi dokončanimi samomorji, ki se zgodijo v zaporu, se jih 11% zgodi v prvih 24 urah po prihodu v zapor in 1/3 v prvem tednu. Skoraj polovica v prvem mesecu in več kot 2/3 oseb, ki dokončajo samomor, so uporabniki prepovedanih drog (12).

##### 4.4.2 Zaprte osebe s soobolevnostmi

Prevalenca duševnih motenj v zaporih je pomembno višja kot v skupnosti in dosega pri osebah s psihozo

več kot 5%, pri razpoloženskih motnjah 15%, pri anksioznih motnjah 9 - 12%, tako da ima v seštevku katerokoli duševno motnjo vsaj 63% zaprtih oseb. Monografija Svetovne zdravstvene organizacije »Zapori in zdravje« iz leta 2014 navaja, da ima 42% žensk in 65% moških osebno motnjo, od teh 21% žensk in 47% antisocialno. 89% vseh zaprtih oseb naj bi imelo simptome depresije in 74% telesne simptome povezane s stresom (11).

##### 4.4.3 Obravnava zaprtih oseb

Na podlagi vseh teh podatkov je seveda smiselno vsem osebam, ki naredijo kaznivo dejanje in jemljejo droge oziroma so od njih odvisne, ponuditi in omogočiti zdravljenje le-te. Seveda bi bilo glede na vrsto in težo kaznivega dejanja smiselno ponuditi možnost izbire in če zdravljenje ni uspešno ali se mu oseba izogiba, se ga napoti na prestajanje zaporne kazni. V kolikor če seveda zdravljenja ne želi, tak ukrep ne bi bil smiseln. A po drugi strani je tudi vsem zaprtim osebam, ki to želijo, potrebno omogočiti obravnavo, tudi v zavodih za prestajanje kazni zapora. Nesmiselno je torej nemotivirane osebe napotovati na bolnišnično ali ambulantno zdravljenje ali pa to predlagati tudi pri tistih, ki so na primer že večkrat poskušali opuščati terapijo odvisnosti od opiodov z nadomestnimi zdravili (buprenorfin, metadon, sr morfin), pa to ni bilo uspešno in se je izkazalo, da ta oseba še najbolje zmore tako glede jemanja drog kot blaženja simptomov duševnih motenj shajati s terapijo z nadomestnimi zdravili za zdravljenje odvisnosti od opiodov. Je pa res, da se tudi pri teh osebah pogosto da abstinenco od vseh nepredpisanih zdravil in drugih psihoaktivnih snovi doseči v bolnišničnem programu zdravljenja ali z intenzivnimi programi dnevnih bolnišnic, če ambulantno zdravljenje ne zadostuje.

Terapevtsko osebje v zaporih, vključno z zdravstvenimi delavci pogosto ocenjuje, da dosežena abstinenca v zaporu že predstavlja uspešno zdravljenje, kar pa se pogosto izkaže kot nerealno in ne zagotavlja, da bo človek, ki abstiniira v zaporu (tudi z nadomestnimi zdravili), uspešno abstiniiral v skupnosti in je zato izredno pomembna ne le kvaliteta in kvantiteta obravnave, ki bi vsaj v grobem v zaporih morala biti enaka kot na prostosti, ampak tudi kontinuiteta obravnave iz skupnosti v zapor (policijsko pridržanje, pripor), kot tudi nazaj v skupnost (11).

## **5 Nova dejavnost Centra za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana - MOBILNA ENOTA – delo v skupnosti**

V skladu s pogodbo o sofinanciranju operacije »Razvoj in nadgradnja mreže mobilnih enot za izvajanje preventivnih programov zmanjševanja škode na področju prepovedanih drog« z Ministrstvom za zdravje, smo na Centru za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog Univerzitetne psihiatrične klinike začeli s projektom Mobilna enota.

Projekt Mobilna enota za zdravstveno rehabilitacijo uporabnikov prepovedanih drog in NPS je namenjen tistim uporabnikom, ki predstavljajo najbolj zahtevni del te populacije uporabnikov.

### 5.1 Ciljne skupine

5.1.1 Osebe, ki imajo odvisnosti soobstoječo duševno motnjo, poleg tega pa imajo še različne druge telesne zaplete.

5.1.2 Osebe, ki imajo že več poskusov vzpostavljanja abstinence, pa tega ne zmorejo zaradi različnih okoliščin v svojem domačem okolju.

5.1.3 Bolniki z odvisnostmi soobstoječimi duševnimi in telesnimi motnjami/bolezni, potrebujejo predvsem tesno spremljanje njihovega funkcioniranja v svojem okolju.

5.1.4 Uporabniki NPS, pogosto mladostniki nekateri že nameščeni v razne oblike pomoči, vzgojne zavode

ali pa obravnavani v službah za duševno zdravje; gre za razmeroma novo in vedno večjo skupino uporabnikov, ki so pogosti obiskovalci zdravstvenih služb, predvsem urgentnih somatskih služb in psihiatričnih ambulant ter psihiatričnih bolnišnic v času dežurstev.

5.1.5 Zdravstveni strokovnjaki; prenos znanj osebja CZOPD zdravstvenim delavcem in sodelavcem v zdravstvenih zavodih vključno z mrežo Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog: vseh psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji, zdravstvenih domovih, nevladnih organizacijah, vzgojnih zavodih, posebnih socialno – varstvenih zavodih in zaporih.

Temeljna cilja tega programa sta opolnomočenje ciljnih skupin za približevanje trgu dela ter zdravstvena in socialna rehabilitacija uporabnikov prepovedanih drog in novih psihoaktivnih snovi. Za lažje dostopanje do uporabnikov smo pridobili vozilo – kombi, katerega uporaba je namenjena dostopanju do vseh zdravstvenih služb, programov psihosocialne rehabilitacije vključno s programi zaposlovanja, vzgojnih zavodov v Sloveniji, zaporov in drugih socialno-varstvenih zavodov, kjer je danes problematika zelo prisotna, vendar se ne rešuje na primeren način zaradi pomanjkanja ustreznih človeških in materialnih virov. Z mobilno enoto lahko omogočimo pacientom in strokovnjakom dostop do služb in programov v institucijah in nevladnih organizacijah, skupnosti, izvajanje usposabljanja.

**Literatura**

1. UNODC. World Drug Report 2018. Booklet 2. Global overview of drug demand and supply. Available from: [https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_Booklet\\_2\\_Global.pdf](https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_2_Global.pdf)
2. UNODC. World Drug Report 2017. Booklet 4. Market Analysis of Synthetic Drugs: amphetamine-type stimulants, new psychoactive substances. Available from: [https://www.unodc.org/wdr2017/field/Booklet\\_4\\_ATSNPS.pdf](https://www.unodc.org/wdr2017/field/Booklet_4_ATSNPS.pdf)
3. Harms of Synthetic Cannabinoid Receptor Agonists (SCRAs) and Their Management. 2016. Available from: <http://neptune-clinical-guidance.co.uk/wp-content/uploads/2016/07/Synthetic-Cannabinoid-Receptor-Agonists.pdf>
4. Crawford T, Geraghty W, Street K, Simonoff E. Staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adolescents; 2003.
5. Liu Y, et al. Drug Alcohol Depend. The importance of considering polysubstance use: lessons from cocaine research. 2018. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.07.025>
6. Pennings E, Leccese A, de Wolff F, Pennings E. Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. 2002. Society for the Study of Addiction. 97(7): 773-783
7. Bourne A, et al. The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay men in Lambeth, Southwark & Lewisham; 2014  
Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres Rueda S, Weatherburn P. The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark and Lewisham. Technical Report. 2014. Available from: <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/2197245>
8. Stuart D. Sexualised drug use by MSM: background, current status and response. 2013. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/285738167\\_Sexualised\\_drug\\_use\\_by\\_MSM\\_Background\\_current\\_status\\_and\\_response](https://www.researchgate.net/publication/285738167_Sexualised_drug_use_by_MSM_Background_current_status_and_response)
9. Space. Council of Europe Annual Penal Statistics; 2015. Available from: <http://wp.unil.ch/space/space-i/prisons-in-europe-2005-2015/>
10. Hedrich D. Coverage estimates, using POU/IDU estimates as denominator. EMCDDA-week on measuring, understanding and responding to drug problems in Europe. 2010
11. WHO. Prisons and Health; 2014. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128603/Prisons%20and%20Health.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Guide to Safety in Custody Statistics; 2012. Available from: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/676151/safety-in-custody-statistics-guide.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/676151/safety-in-custody-statistics-guide.pdf)

# ***Izzivi toksikološkega izvedenstva v primeru rabe alkohola in drugih psihoaktivnih snovi***

---

**Majda Zorec Karlovšek**

Korespondenca:

dr. Majda Zorec Karlovšek, univ. dipl. kem.

Združenje za razvoj forenzične toksikologije in drugih forenzičnih ved – Združenje FORTOX,  
Pod brezami 24, 1000 Ljubljana

E-naslov: [mzkarlovsek@gmail.com](mailto:mzkarlovsek@gmail.com)

---

## Povzetek

Ena najpogostejših nalog izvedenca forenzične toksikologije je ugotavljanje koncentracije psihoaktivne snovi v krvi osebe v času obravnavanega dogodka in ocenjevanje možnega vpliva te snovi na psihofizične sposobnosti.

Tudi vprašanje posameznikovega odnosa do psihoaktivne snovi postaja vse bolj pomembno na področju kazenskih, pravnih in nepravnih postopkov. Ali je oseba uporabnik psihoaktivne snovi? Ali psihoaktivno snov uporablja občasno, pogosto, ali redno? Ali uporablja psihoaktivno zdravilo po navodilih zdravnika ali po lastni presoji in na škodljiv način? Ali je s to snovjo zasvojena?

Na področju družinskega sodstva smo pričeli sistematično uvajati kvantitativne preiskave psihoaktivnih snovi in njihovih presnovkov v laseh. S tem smo podaljšali okno opazovanja.

Že uveljavljenemu izboru posrednih označevalcev rabe alkohola, gama glutamil transferazi (GGT), alanin aminotransferazi (ALT), aspartat aminotransferazi (AST) in transferinu z zmanjšanim deležem sladkorja (% CDT) v krvnem serumu, smo dodali še meritve neposrednih označevalcev rabe alkohola: fosfatidil etanola (PEth) v krvi ter etilglukuronida (EtG) v laseh, krvnem serumu in urinu, kar je pomemben prispevek k izboljšanju diagnostike škodljive rabe alkohola in spremljanju abstinence.

## Abstract

One of the most frequent tasks of the forensic toxicologist is to determine the concentration of the psychoactive substance in the blood of the person at the time of the particular event and to assess its potential influence on his/her performance. It becomes more and more importantly in the field of criminal, civil and non-judicial proceedings to identify the relationships between the individual and the psychoactive substance. Is he/she a user of a psychoactive substance? Does he/she use a psychoactive substance occasionally, often, or regularly? Does he/she use the psychoactive medicinal drug according to the physician's instructions or according his/her own judgment and in a harmful way? Is he/she addicted to this substance?

In the field of family law, the quantitative determination of psychoactive substances and their metabolites in the hair was introduced to enlarge the window of observation. To the already established selection of indirect alcohol biomarkers: gamma glutamyl transferase (GGT), alanine aminotransferase (ALT), aspartate aminotransferase (AST) and carbohydrate deficient transferrin (% CDT), some direct alcohol biomarkers have been added: phosphatidyl ethanol (PEth) in blood and ethyl glucuronide (EtG) in hair, serum and urine, which significantly contributed to the diagnosis of harmful use of alcohol and the monitoring of abstinence.

## Uvod

Glavna naloga forenzične toksikologije je ugotavljanje prisotnosti in količine nokse (strup) ali s to nokso povezanih analitov (učinkovine in njenih presnovkov) v vzorcih biološkega materiala in v drugih vzorcih zaradi potrditve nezgodne ali namerne zastrupitve, akutne ali kronične izpostavljenosti ali uporabe.

Potrebno je iskati odgovore na vprašanja, kakšen odmerek je povzročil izmerjeno koncentracijo učinkovine v krvi, pa tudi, ali je mogoče iz izmerjene koncentracije oceniti čas in količino uporabljenega snovi in njene učinke.

Pogosto je izvedensko delo forenzičnega toksikologa povezano s populacijo udeležencev v cestnem prometu in storilcev kaznivih dejanj, kjer je potrebno iz izmerjene koncentracije psihoaktivne snovi krvi v času odvzema in z uporabo toksikokinetičnih relacij oceniti koncentracijo psihoaktivne snovi v času

dogodka ter v nadaljevanju poiskati povezavo med ocenjeno koncentracijo psihoaktivne snovi v krvi in njenim učinkom (1).

Forenzični toksikolog mora zato poznati principe in procese toksikološke analitike, toksikodinamike in toksikokinetike posameznih psihoaktivnih snovi in jih povezati s specifičnostmi individuuma (spol, starost, bolezni, prehranjenost, odnos do psihoaktivne snovi, sočasnim jemanjem drugih psihoaktivnih snovi, socialnim stanjem).

Forenzična toksikologija ima pomembno mesto v diagnostiki škodljive rabe psihoaktivnih snovi, zasvojenosti, spremljanju zdravljenja in preverjanju abstinence (2). Forenzična toksikologija se aktivno vključuje v izvajanje prometne zakonodaje (3, 4, 5, 6) in Zakona o varnosti in zdravju na delovnem mestu (7). Oblike njenega delovanja so usmerjene tako na področja represije kot tudi preventive.



### **Nove droge, novi trendi, novi izzivi**

V zadnjih letih priteguje izjemno pozornost pojav velikega števila novih, raznolikih pa tudi zelo nevarnih psihoaktivnih snovi (NPS) v svetu in tudi na slovenskem (črnem) trgu. Veliko kupcev novih psihoaktivnih snovi išče med njimi droge s primernimi halucinogenimi in/ali »ekstaziju podobnimi«, to je entaktogenimi, in »vzdržljivostnimi učinki« – tako zaradi občutka omejene sposobnosti neposrednega komuniciranja kot tudi želje po popolnem odklopu ob koncu tedna. Izbira NPS je povezana tudi z željo, da bi bili preprosto »zadeti« in ob tem še z drogo, ki ne bo pokazala pozitivnega rezultata s seti imunokemijskih testov na najpogosteje uporabljene skupine drog (opiat, kokain, THC, amfetamini/metamfetamini, benzodiazepini, metadon). Med NPS sta na slovenski sceni pridobili pomembno mesto dve drogi iz skupine beta-keto-amfetaminov 3-mmc (3-metilmetkatinon, sladoled) in 4-mmc (4-metilmetkatinon, mefedron). Nove psihoaktivne snovi so izziv tako za klinične toksikologe kot toksikološke analitike (8, 9).

Druge skupine uporabnikov izbirajo med snovmi za povečevanje psihičnih in fizičnih sposobnosti. Namen uporabe nootropikov je povečanje učinkovitosti, inovativnosti, torej uspešnosti v svetu, kjer odločajo točke, stotinke sekunde in nove zgodbe. Med nootropiki prevladujejo poživila (na primer metilfenidat), nekateri antidementivi in halucinogene snovi v majhnih odmerkih. »Topilci« maščob in anabolni androgeni steroidi pa seveda mnogo hitreje kot sam trening pripeljejo do zelenega videza.

Ob zaskrbljenosti in strahu, ki ga vzbuja novo in nepoznano, pa ne moremo mimo dejstva, da največ škode naredijo prav stare droge našega vsakdana: alkohol in nikotin (10, 11) in da na vrhu smrtnih zastrupitev s prepovedanimi drogami kraljujejo heroin, drugi opiodi (metadon, tramadol) in na našem območju vse bolj prisoten kokain (12, 13).

Gibanja za uporabo kanabisa v medicini, njegovo dekriminalizacijo in legalizacijo so povečala zanimanje celotne in strokovne javnosti za izdelke iz konoplje in kanabisa in posredno povečala število raziskav tako s pripravki iz rastline *Cannabis sativa*, kot tudi s posameznimi fitokanabinoidi in terpeni, pa tudi s sintetičnimi kanabinoidi, torej z agonisti, delnimi agonisti in antagonisti kanabinoidnih receptorjev. Kanabis in ekstrakti iz kanabisa ter oba najpomembnejša fitokanabinoida, D9-tetrahidrokanabinol (THC) in kanabidiol (CBD), sta vedno bolj popularna in tudi načini uporabe so raznoliki: kajenje, inhalacija s pomočjo inhalatorjev in uparjevalnikov (vaping),

dermalne in peroralne uporabe ter uporaba svečk. Poznavanje farmakokinetike sestavin kanabisa v teh pripravkih je pomembno za razumevanje začetka, velikosti in trajanja farmakodinamskih učinkov.

Kanabis je vzbudil zanimanje za mnoge bazične farmakološke raziskave, povezane z endokanabinoidnim sistemom, za nevrobiološka dogajanja v primeru nekaterih nevroloških bolezni in duševnih motenj, a hkrati opozoril in potrdil že dolgo poznana dejstva. Na osnovi gostote oziroma porazdelitve kanabinoidnih receptorjev CB1 (14), sklepamo, kje se pojavlja največja koncentracija THC v možganih in na katerih področjih našega vedenja se bodo učinki THC najbolj odražali. Največja koncentracija receptorjev CB1 je v bazalnih ganglijah, malih možganih, hipokampusu in možganski skorji, zato so učinki THC na kontrolo gibanja, koordinacijo gibanja, učenje, spomin, stres ter kognitivne funkcije povsem pričakovani. Z dejstvom, da je manjša gostota receptorjev CB1 v možganskem deblu, kjer je regulacija pomembnih vitalnih funkcij (na primer dihanja), povezujemo majhno akutno toksičnost THC.

Koncentracije učinkovin v vsakodnevni praksi ne moremo meriti ob receptorjih – mestih njihovega delovanja. Koncentracija učinkovine v krvi je tako najboljši približek in jo uporabljamo za ocenjevanju učinkov psihoaktivne snovi oziroma »stanja pod vplivom psihoaktivne snovi«.

V primeru alkohola (etanola) učinki naraščajo sorazmerno z naraščajočo koncentracijo v krvi. Pri drugih psihoaktivnih snoveh so relacije med koncentracijo snovi v krvi in učinki bolj zapletene. Pri njihovem tolmačenju je potrebna integralna ocena, kjer upoštevamo mnoge dejavnike, ki se nanašajo na lastnosti osebe in načine uporabe psihoaktivnih snovi (pogostnost uporabe, velikost odmerkov, velikost in čas zadnjega odmerka). Ko ocenam vključimo tudi podatke iz strokovne literature: podatke o priporočenih terapevtskih koncentracijah, če gre za psihoaktivna zdravila, ali podatke iz farmakoloških, toksikoloških in epidemioloških študij in obravnave posameznih primerov (15, 16).

Pri osebah, kjer se je razvila toleranca na psihoaktivne snovi, opažamo praviloma višje koncentracije učinkovine v krvi ob primerljivi klinični sliki. Osebe izvajajo določene teste, na katere se lahko pripravijo, precej zanesljivo, kar je posledica dejstva, da so opravile že mnogo vaj in pridobile že precej izkušenj z opravljanjem različnih aktivnosti v stanju »pod vplivom psihoaktivnih snovi«.

Slina (oziroma oralna tekočina) je krvi alternativna in po oknu opazovanja najbližja telesna tekočina. Nove serije

imunokemijskih testov na droge v slini so pridobile specifičnost in selektivnost, zato jih uspešno uporabljamo kot indikator pri nadzoru voznikov v cestnem prometu in delavcev na zahtevnih delovnem mestih, kjer nas zanima njihovo aktualno psihofizično stanje (17).

Urin je najpogosteje uporabljena telesna tekočina za preverjanje, ali neka oseba uporablja psihoaktivne snovi (2, 18). V urinu so matične učinkovine, predvsem pa vodotopni presnovki prisotni v sorazmerno visokih koncentracijah. Urinski imunokemijski testi so sicer izdelani le za preverjanje prisotnosti določenih skupin drog v urinu, prav ta obseg pa se s pojavom NPS povečuje. Zaradi možnih manipulacij pri odvzemu urina obstajajo navodila oziroma smernice za odvzem urina v forenzične namene (19).

Ker vemo, da je mogoče neko učinkovino dokazati v krvi le nekaj ur, v urinu pa morda nekaj dni po uporabi, v forenzičnih postopkih uporabljamo tudi analizo las, ki kaže zgodovino uporabe psihoaktivnih snovi za nekaj mesecev nazaj (20).

Analiza las postaja vse pomembnejša metoda za preverjanje uporabe psihoaktivnih v primeru prvega zdravniškega pregleda ob sprejemu na delovno mesto, pri (ponovni) podelitvi vozniškega dovoljenja – za potrditev abstinence; za razlikovanje med uporabnikom droge in osebo, ki je le razpečevalec droge, ter na področju družinskega prava, kjer so v ospredju pravice in dolžnosti staršev ter zaščita otrokovih pravic, zdravja in varnosti.

### Stare droge, stari problemi, novi pristopi: Alkohol v cestnem prometu

Z novo prometno zakonodajo, to je z Zakonom o pravilih cestnega prometa (ZPrCP)(4), Zakonom o voznikih (ZVoz)(5) ter spremembo Zakona o prekrških (6), so bila do neke mere upoštevana mnenja stro-

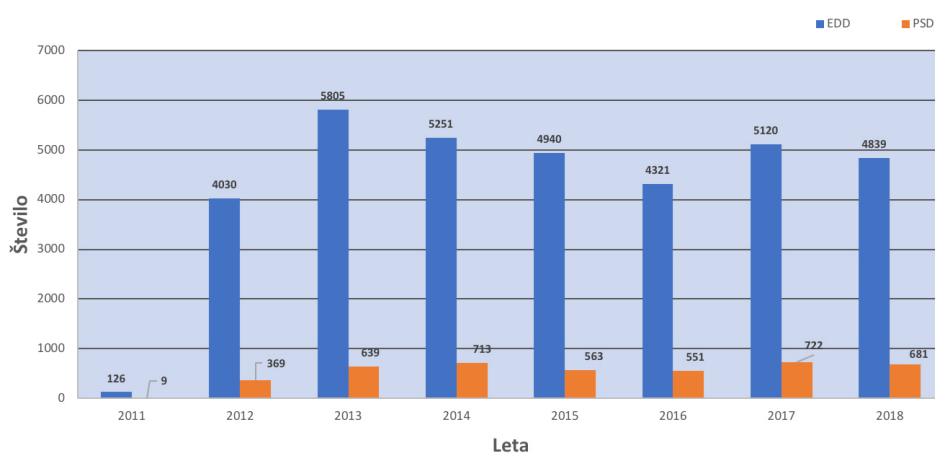
kovnjakov alkoholologov, ki so vrsto let opozarjali (20, 21, 22), da so kaznovalni in omejevalni zakonski ukrepi (globe, kazenske točke, pridržanje do iztreznitve, odvzem vozniškega dovoljenja) za voznike, ki vozijo pod vplivom alkohola, nujno potrebni, a sami po sebi niso zadostni, da bi z njimi zagotovili dolgoročneje zmanjšanje števila prometnih nesreč in posledic zaradi vpliva alkohola. Kaznovalnim ukrepom naj bi se pridružili terapevtski programi. Ti bi zmanjšali splošno tveganje v prometu, nekaterim posameznikom bi omogočili pričetek reševanja svojih problemov, drugim – zasvojenecem z alkoholom – pa bi pomenili vrata v zdravljenje, do katerega sicer ne bi prišli.

Uvedene spremembe so s ciljem omilitve kazni prinesle možnost svetovanja pri izbranem osebnem zdravniku kot tudi možnost vključitve v rehabilitacijske programe. Udeležba v rehabilitacijskem programu lahko zniža število kazenskih točk, odloži odvzem vozniškega dovoljenja ali dovoli ponovno podelitev vozniškega dovoljenja. Izdelani so bili kriteriji (23), po katerih se kršitelja cestnoprometnih predpisov v okviru kontrolnega zdravniškega pregleda pri pooblaščenem izvajalcu usmeri bodisi v 6-urne edukacijske delavnice, 17-urne psihosocialne delavnice ali zdravljenje zasvojenosti.

Pomembni diagnostični postopki, po katerih se preiskovance razvrsti v posamezne skupine, so: število zbranih točk po vprašalniku AUDIT 10, vrednosti laboratorijskih testov GGT, ALT, AST, % CDT, pregledi pri psihologu in psihiatru adiktologu ter pregledi in zaključno mnenje, ki ga opravi izvedenec zdravnik specialist medicine dela, prometa in športa.

Število udeležencev edukacijskih delavnic (EDD) in število udeležencev psihosocialnih delavnic (PSD) v letih 2011–2018 je prikazano na sliki 1. Razmerje EDD/PSD je visoko in se je po letu 2014 ustalilo na okoli 8:1. Po postavljenih kriterijih naj bi za razvrstitve v edukacijsko delavnico udeleženec zbral po vprašalniku AUDIT 10 največ 8 točk (moški) oziroma 7 točk (ženska), kar pomeni, da pije »manj tvegano«, izmerjene vrednosti laboratorijskih kazalnikov GGT, ALT, AST, % CDT pa naj bi bile v okviru referenčnih vrednosti. Glede na dejstvo, da je med kandidati za tovrstne kontrolne preglede pretežni del tistih, ki so vozili v cestnem prometu s koncentracijo alkohola v krvi nad 1,1 g/kg,

Slika 1: Število edukativnih delavnic (EDD) in število psihosocialnih delavnic (PSD) po letih (Vir AVP)



med njimi tudi kršitelji povratniki, se poraja kar nekaj vprašanj.

Ali z uporabljenimi diagnostičnimi kriteriji dosežemo pravilno selekcijo?

Ali bi bilo smiselno ter cenovno in organizacijsko sprejemljivo, da bi zaradi velike časovne oddaljenosti med dogodkom (udeležba v cestnem prometu) in kontrolnim pregledom nekatere diagnostične laboratorijske teste opraviti takoj po storjenem dogodku?

Ali ne bi bilo potrebno v primerih kontrolnega zdravstvenega pregleda izboljšati diagnostiko z uvedbo novejših, neposrednih kazalnikov škodljive rabe alkohola?

Psihometrične metode, kot so **AUDIT** (The Alcohol Use Disorders Identification Test), **CAGE** (Cut down, Annoyed by criticism, Guilty about drinking, Eye opener drinks), **MAST** (Michigan Alcoholism Screening Test) in druge, imajo dokazano visoko diagnostično vrednost. Vendar vsi vemo, da pri nas najpogosteje uporabljeni in velikemu številu ljudi dobro poznani vprašalnik AUDIT10 ne more biti odraz dejanskega stanja, če preiskovanec zavestno zamolči podrobnosti o svoji rabi alkohola, ker se boji neugodnih posledic, predvsem usmeritve v zdravljenje odvisnosti ali neugodnega mnenja glede voznških ali delovnih sposobnosti ipd. Bolj kot posamezno število točk so pri izvedenskem delu pomembne sposobnosti in znanje strokovnjakov, da z ustreznim vodenjem dialoga s preiskovancem pridobijo čim več realnemu stanju ustreznih anamnestičnih podatkov.

### Vzorci pitja alkohola

Ob predavanjih prof. dr. Marka Kolška se vedno nasmejemo, ko nam našteje, koliko izrazov uporabljamo v Sloveniji za opis različnih oblik pitja in kaj si pod temi izrazi lahko predstavljamo:

- kulturno pitje
- zmerno pitje
- pitje »po pameti«

- preudarno pitje
- normalno pitje
- zdravo pitje
- prekomerno pitje

Seveda nas ob tem nikoli ne pozabi opozoriti, da ni netvegane pitja.

Tudi strokovnjaki, ki se ukvarjajo s tem področjem, uporabljajo različna poimenovanja: manj tvegano pitje, zmerno pitje, zmerno socialno pitje, prekomerno pitje, čezmerno pitje, tvegano pitje, škodljivo pitje, visoko tvegano opijanje, verižno pitje, visoko tvegano pitje ...

Tu je še vrsta izrazov iz strokovne literature v angleškem jeziku, ki imajo že v izvoru besede drugačen pomen (24), se razlikujejo tako po definiciji osnovne merice, kot tudi po časovnih intervalih, v katerih se ti odmerki pijače popijejo (moderate drinking, moderate social drinking, moderate non-heavy drinking, binge drinking, heavy drinking, episodic heavy drinking, chronic heavy drinking in posledično (25) abstainer, light drinker, moderate drinker, heavier drinker), so pa včasih pomembni pri tolmačenju epidemioloških študij, pa tudi pri tolmačenju mejnih vrednosti biokemijskih laboratorijskih označevalcev.

Pri vrednotenju rezultatov toksikoloških preiskav, torej objektivnih dokazov uporabe alkohola, se bomo poskušali čim bolj priključiti opisu vzorcev pitja, ki izvirajo iz osnovne definicije in mej manj tvegane pitja, ki jih je Slovenija priredila po predlogu Svetovne zdravstvene organizacije (26, 27) in so urejene v pet kategorij: abstinenca, manj tvegano pitje, tvegano in škodljivo pitje alkohola, visoko tvegano opijanje ter (pot) v zasvojenost.

Osnova vzorcev pitja je merica pijače (»drink«), ki vsebuje 10 g čistega alkohola, torej količino alkohola, ki se nahaja v približno 1 dcl vina; 2,5 dcl piva; 2,5 dcl sadjevca (tolkavca) ali 0,3 dcl (»šilcu«) žgane pijače in naslednjih mej manj tvegane pitja – slika 2:

Slika 2: Meje manj tvegane pitja alkohola

	za zdrave odrasle moške	za zdrave odrasle ženske
<b>v enem dnevu ne več kot</b>	<b>2 merici</b> (2 decilitra vina ali eno steklenico piva ali 2 šilci žgane pijače)	<b>1 merica</b> (1 decilitra vina ali pol steklenice piva ali 1 šilce žgane pijače)
<b>vendar v enem tednu ne več kot</b>	<b>15 meric</b> (1,5 l vina ali 7 steklenic piva ali 4 dl žganja pijače; ob tem je smiselno, da sta dan ali dva povsem brez alkohola)	<b>7 meric</b> (0,7 l vina ali 3,5 steklenice piva ali 2 dl žganja pijače, ob tem je smiselno, da sta dan ali dva povsem brez alkohola)
<b>ob eni priložnosti ne več kot</b>	<b>5 meric</b> (pol litra vina ali 2,5 steklenici piva ali 1,5 dl žganja)	<b>3 meric</b> (3 dl vina ali 1,5 steklenice piva ali 1 dl žganja)

Meje manj tveganega pitja temeljijo na znanstvenih spoznanjih, da obstaja sorazmerno majhna verjetnost, da bi uživanje količin alkohola, ki so manjše od navedenih mejnih vrednosti, pripeljale do zasvojenosti z alkoholom, drugih okvar zdravja ali škode.

Če so te meje (dnevne ali tedenske, ob eni priložnosti) presežene, govorimo o čezmernem pitju, ki povečuje tveganje za nastanek zdravstvene škode. Pri tveganem pitju še ni nujno, da opazimo merljive spremembe v telesnem, duševnem ali socialnem zdravju in blagostanju. Če so škodljive posledice (telesne, duševne, v družini, na delu ...) že opazne, govorimo o škodljivem načinu pitja, ki lahko pripelje v zasvojenost.

Angleška beseda »binge« je pojem za kratkotrajne, a prekomerne aktivnosti, največkrat povezane s pitjem ali hranjenjem torej popivanjem (binge drinking) in prejedanjem (binge eating). Za »binge drinking« se v slovenskih prevodih pogosto pojavlja izraz »prekomerno pitje«, pa tudi izraz »verižno pitje« ali »visokotvegano opivanje«, »visokotvegano pitje«. Izraz »visokotvegano pitje« se povezuje s pitjem več kot 5 meric (za moškega) oziroma več kot 3 merice (za žensko) ob eni priložnosti, torej s količinami alkohola, ki pripeljejo do koncentracije alkohola v krvi 0,8 g/kg in več.

Vsi tisti, ki se ukvarjajo z diagnostiko škodljive rabe alkohola in zasvojenosti, opozarjajo na heterogenost posameznih primerov in hkrati na neko zveznost prehodov med različnim vzorci pitja, ki lahko potekajo z različno hitrostjo v eno ali drugo smer (Slika 3).

### Preiskave na posredne in neposredne označevalce škodljive rabe alkohola

Ne le etanol sam, tudi nekatere druge spojine v telesu dajejo objektivno potrditev rabe etanola (28).

Dober biokemijski označevalec

- naj bi zanesljivo zajel vse, ki uporabljajo alkohol na škodljiv način (visoka diagnostična selektivnost) in

zanesljivo izključil tiste, ki alkohola ne uživajo ali uživajo alkohol le na manj tvegan način (visoka diagnostična specifičnost);

- podajal informacijo o količini in načinu uživanja alkoholnih pijač;
- reagiral na abstinenco kot tudi na recidiv;
- primeren naj bi bil za presejalne teste; cenovno sprejemljiv, analizni postopki pa naj bi bili hitri in ne preveč zahtevni.

Nobeden od biokemijskih označevalcev, ki jih rutinsko uporabljamo, nima vseh teh lastnosti. S kombinacijo testov je mogoče izboljšati selektivnost in obdržati zadostno specifičnost, pa tudi zapolniti posamezna območja opazovanja.

V splošnem govorimo o neposrednih in posrednih označevalcih rabe alkohola.

Posredni biokemijski označevalci so spojine, ki se v krvi, urinu, ali v drugih bioloških tekočinah pojavljajo v spremenjenem deležu ali aktivnosti zaradi toksičnega učinka alkohola: povprečni volumen eritrocitov (MCV), serumske encimske aktivnosti gama glutamiltransferaze (GGT), aspartat aminotransferaze (AST) in alanin aminotransferaze (ALT), transferin z zmanjšano vsebnostjo ogljikovih hidratov (CDT), 5-hidroksitriptofol (5-HTOL), ali kvocient 5-HTOL s 5-hidroksiindol-3-očetno kislino: 5-HTOL/5-HIAA in drugi.

Neposredni označevalci rabe etanola so spojine, ki nastajajo pri presnovi alkohola (acetaldehid, etilglukuronid in etilsulfat), ali pa so to spojine, ki nastanejo v telesu zaradi prisotnosti etanola (etilni estri maščobnih kislin – FAEE, fosfatidiletanol – PEth) ali njegovih presnovkov (na primer spojine proteinov z acetaldehidom). Njihova prednost v primerjavi z etanolom je ta, da se zadržujejo v telesu dalj časa kot sam etanol in omogočajo sklepanje na uporabo alkohola tudi za bistveno daljši časovni interval, ki je lahko tudi za več dni, tednov ali celo mesecev.

Slika 3: Kje sem?



ABSTINENT / MANJ TVEGANO PITJE / TVEGANO PITJE / ŠKODLJIVA RABA / ZASVOJENOST

## GGT, ALT, AST

Encimi alanin aminotransferasa (ALT), aspartat aminotransferasa (AST) in gama glutamil transferasa (GGT) so merilo jetrne homeostaze. Vrednosti GGT, ALT in AST v serumu nakazujejo, koliko jetrnih znotrajceličnih encimov izhaja v krvni obtok, in opozarjajo na okvaro jetrnih celic.

Pri večini (bolezenskih) okvar jetrnih celic je vrednost ALT višja ali enaka vrednosti AST. AST se nahaja tudi v celicah drugih organov. Alkoholne okvare jeter pa povzročijo močno povišane vrednosti AST. Povišane vrednosti GGT ter povišane vrednosti ALT in AST, še posebej, če je razmerje  $AST/ALT > 2$  kažejo na poškodbe jeter, povezane z uporabo alkohola.

Če so vrednosti teh označevalcev povečane zaradi škodljive rabe alkohola, se po prenehanju uživanja alkohola ali po pomembno zmanjšanjem vnosa alkohola povrnejo v območje referenčnih vrednosti, pri GGT je to v 2 do 6 tednih, pri AST/ALT v 2 do 4 tednih.

Ta podatek je dobro poznan tudi med laično javnostjo. Posamezniki, če to zmorejo, pred napovedanimi testiranjem pogosto abstiniirajo.

Na povišane vrednosti GGT, ALT in AST lahko vplivajo tudi druge jetrne bolezni in vnetja, pa uporaba nekaterih zdravil, zato vsakega povišanja teh encimov ne smemo pripisati alkoholu. Zaradi možnosti lažnih pozitivnih vrednosti, povzročenih z boleznimi, ki niso povezane z alkoholom, pravimo, da imajo jetrni testi majhno specifičnost (GGT 18–93 %, AST 47–68 %, ALT 50–57 %). Po drugi strani pa občasno visoko tvegano pitje, na primer ob koncu tedna ali 1-2-krat mesečno, posebej še pri mlajših osebah, ne povzroči hujših jetrnih okvar in serumske vrednosti GGT, ALT in AST, ki še vedno ostajajo v okviru referenčnih vrednosti. Zaradi nizke selektivnosti (GGT 37–95%, AST 25–60 %, ALT 15–40 %) teh označevalcev imamo torej kar nekaj čezmernih uživalcev, ki jih ti označevalci ne opazijo (lažno negativne vrednosti). Označevalci GGT, ALT in AST so z veliko verjetnostjo povišani, če gre za kronično (dnevno) visoko tvegano pitje.

Vrednosti GGT, ALT, AST merimo v (bistrem) krvnem serumu. Te cenovno sprejemljive meritve opravljajo vsi biokemijski laboratoriji. Meritve GGT, ALT, AST se tako redno uporabljajo tako v diagnostiki kot pri spremljanju zdravljenja (29).

## CDT

Transferin je serumski protein, ki je pomemben pri transportu železa. Prisotnost alkohola oziroma njegovega presnovka acetaldehida vpliva na sintezo

transferina oziroma na razmerje med izomerami transferina. Pri zdravih ljudeh, abstinentih, prevladuje tetrasialo oblika transferina, sledi ji po deležu pentasialo in trisialo oblika. Zaradi uporabe alkohola pa se sintetizira več transferina z zmanjšanim deležem ogljikovih hidratov (carbohidrate deficient transferrin – CDT. CDT torej sestavljajo v glavnem disialo-transferin in asialo transferin.

Izmerjena vrednost se podaja kot odstotek transferina z zmanjšanim deležem sladkorjev glede na celokupni transferin (% CDT).

% CDT velja kot zelo specifičen (70–100 %), vendar nekoliko slabše selektiven (46–90%) biokemijski označevalec (30, 31).

Spremembe v razmerju izomer se zgodijo, če oseba v zaporedju 1–2 tednov popije dnevno več kot 50–80 g čistega alkohola (npr. 0,5–0,8 l vina z 12 vol % alkohola, ali 3–4 steklenice piva po 0,5 l z 5 vol %). % CDT vrednosti niso nujno povišane, če moški uživa alkohol redno v količinah le do 40 g dnevno in ženska do 15 g dnevno, kar sicer že opisujemo kot tvegano in čezmerno rabo alkohola. Prav tako CDT ne zazna občasnega visoko tvegane pitja (več 5 meric alkohola (50 g čistega alkohola) ali več pri eni priložnosti, na primer 1x do 3x v preteklem mesecu). Pri abstinenti oziroma zmanjšanim vnosu alkohola se % CDT povrne na normalne vrednosti v 2–4 tednih.

% CDT merijo v (bistrem) serumu ali plazmi le v nekaterih biokemijskih laboratorijih. Referenčne vrednosti so odvisne od metode, ki jo laboratorij uporablja, na kar moramo biti pozorni pri interpretaciji rezultatov.

## Neposredni označevalci uporabe alkohola

Poleg dobro poznanih oksidativnih procesov, pri katerih se etanol presnavlja v acetaldehid ter dalje v očetno kislino ter CO<sub>2</sub> in vodo, poteka v telesu v zelo majhnem deležu tudi vezava etanola v etilglukuronid (0,02–0,06 % zaužitega etanola) in v etilsulfat; nastajajo pa tudi druge spojine: fosfatidiletanol (PEth) in estri etanola z maščobnimi kislinami (FAEE).

Novo nastale spojine so zelo specifični in zelo selektivni označevalci rabe alkohola.

### PEth

Fosfatidiletanol (PEth) je lipidni presnovek etanola in nastaja v stenah rdečih krvničk pri reakciji etanola z fosfatidil holinom; reakcijo katalizira encim fosfolipaza. Sinteza fosfatidiletanola je proporcionalna z encimsko aktivnostjo fosfolipaze in koncentracijo etanola ob encimu (32, 33).

PEth se pojavi v krvi 30 minut po začetku pitja,

maksimalne vrednosti se dosežejo po 90–120 minutah od začetka pitja, pri verižnem pitju pa znotraj osmih ur. PEth se počasi izloča iz krvi in ga je mogoče dokazati v krvi še celo do 12 dni po enkratni uporabi alkoholne pijače, ki pripelje do maksimalne koncentracije alkohola v krvi 0,2 g/kg–0,5 g/kg. Pri pogostejši uporabi alkohola se PEth v krvi akumulira in se po abstinenci znižuje z razpolovnim časom okoli 4,6 dni. Okno opazovanja je tako lahko 2–4 tedne. PEth identificira osebe, ki kronično in čezmerno uživajo alkohol (34).

Izraz (kombinirani) PEth se nanaša na skupino številnih fosfolipidnih homologov, ki so etilni estri fosfatidilne kisline. Ti homologji imajo dve kislinski verigi, ki sta vezani na glicerolni skelet v sn-1 in sn-2 poziciji in fosfoetanol v sn-3 poziciji (slika 4: – strukturna formula PEth).

Novejše metode uporabljajo LC-MS/MS tehniko določevanja PEth v vzorcu polne krvi (EDTA-kapilarni odvzem) in se omejujejo na merjenje glavnega homologa PEth 16:0/18:1, z mejo kvantifikacije LOQ <0,010  $\mu\text{mol/l}$ .

#### Referenčna območja:

- Koncentracije PEth do 0,015  $\mu\text{mol/l}$  so povezane z alkoholno abstinenco.
- Koncentracije PEth od 0,015 do 0,050  $\mu\text{mol/l}$  nakazujejo občasno uživanje manj tveganih količin alkohola.
- Koncentracije PEth od 0,050 do 0,300  $\mu\text{mol/l}$  nakazujejo občasno uživanje manj tveganih do tveganih količin alkohola. Vrednost  $\geq 0,050 \mu\text{mol/l}$  naj bi bila dokaz kakršne koli uporabe alkohola v zadnjem mesecu.
- Koncentracije PEth  $\geq 0,300 \mu\text{mol/l}$  so povezane s pogostim uživanjem tvegane in visoko tvegane pitja.

#### Etilglukuronid: EtG

Etilglukuronid v krvi

Če se zaradi oksidativnega procesa koncentracija alkohola v krvi zmanjšuje linearno za 0,1 do 0,2 g/kg na uro in glede na doseženo višino koncentracije alkohola v krvi potrebuje določen čas, da pade na vrednost 0,00 g/kg, lahko etilglukuronid v krvnem serumu zasledujemo še 8 ur, potem ko je koncentracija etanola v krvi že dosegla vrednost 0,00 g/kg, če merimo etilglukuronid v krvi z metodo LC/MS/MS, kjer je meja zaznavnosti LOD = 1,0 mg/ml (35).

Etilglukuronid v urinu

Etilglukuronid se pojavi v urinu nekako eno uro po zaužitju alkoholne pijače. Tudi če popijemo le majhno količino alkohola, je mogoče dokazati etilglukuronid v urinu še najmanj 24 ur po zaužitju. Če gre za izdatnejše uživanje alkohola, se okno opazovanja razširi celo na 130 ur (oziroma okoli 5 dni). Meja zaznavnosti pri merjenju etilglukuronida v urinu z metodo LC/MS/MS je LOD = 50 ng/mL. Rezultat se v forenzičnih primerih šteje kot pozitiven, če je koncentracija etilglukuronida v urinu višja od cut off = 100 ng/ml.

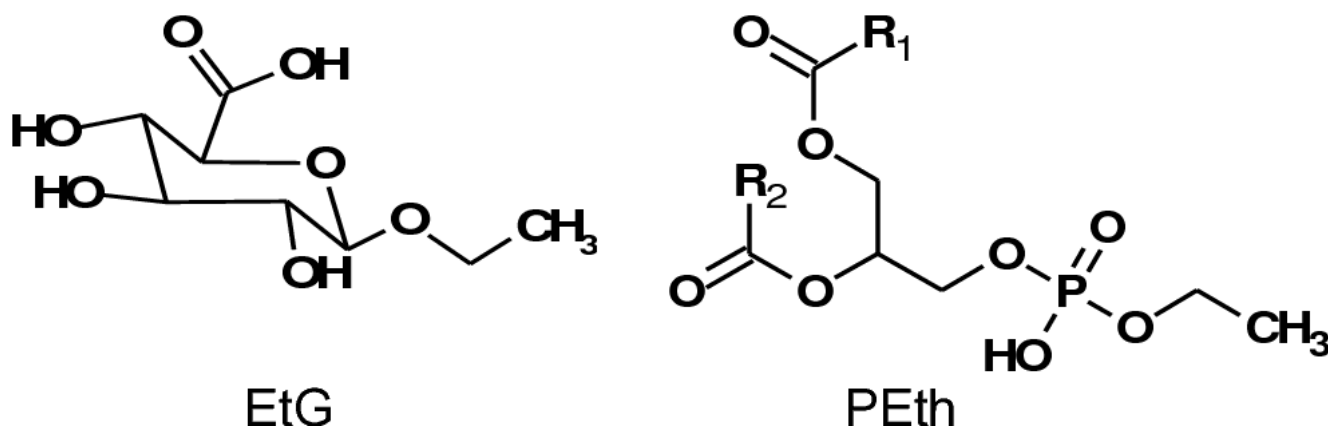
Hitri imunokemijski testi na etilglukuronid v urinu se uporabljajo v alkohololoških ambulantah za spremljanje abstinence pacientov po prostih izhodih ob koncu tedna. Tam je mejna koncentracija, pri kateri odčitamo rezultat kot pozitiven: cut-off=500 ng/ml (36).

Etilglukuronid v laseh

Koncentracija etilglukuronida v laseh dobro korelira s količino popitega alkohola v nekem časovnem obdobju (37, 38).

Z analizo 3–6 cm dolgega segmenta las (odvzeta proksimalno, tj. tik ob glavi) pregledamo naenkrat obdobje za nekaj mesecev nazaj. Manj pogosta

Slika 4: Strukturne formule etilglukuronida (EtG) in fosfatidiletanola (PEth)



uporaba alkohola v količinah, ki jih opredeljujemo kot manj tvegane, nima pomembnega vpliva na koncentracijo etilglukuronida v lasih.

Na osnovi mejnih koncentracij, ki sledijo smernicam SOHT (Society of hair testing) (39), govorimo, da gre v primeru 3 cm dolgega segmenta las (povprečje treh mesecev)

- (praktično) za abstinenco, če je koncentracija EtG v lasih nižja kot 7 pg/mg las;
- za redno rabo alkohola, v mejah manj tveganega pitja in občasno čezmernega, če je vrednost EtG v lasih med 7 pg/mg in 30 pg/mg las;
- za kronično, visoko tvegano uporabo (več kot 60 g etanola dnevno), če je EtG v lasih višji kot 30 pg/mg las.

Pri zdravljenih alkoholikih lahko z dokazovanjem etilglukuronida v lasih ugotavljamo abstinenco, namesto da bi večkrat zaporedoma pregledovali, ali je prisoten etilglukuronid v urinu. Merjenje etilglukuronida v lasih se vse pogosteje uporablja kot ključni označevalec abstinence ali rabe alkohola pri ponovnem podeljevanju vozniškega dovoljenja, ki je bil odvzet zaradi boleznih zasvojenosti z alkoholom.

Odvzem las se opravi običajno na zatilnem delu glave. Tu je rast las najbolj enakomerna (približno 1 cm na mesec). Las praviloma ne pulimo, ampak jih odrežemo s škarjami čim bližje koži in hkrati ocenimo dolžino preostanka las (v mm). Združeni šop las naj bi imel debelino svinčnika. Šop las primemo s prsti, prevežemo z vrstico tik ob rezu in tako označimo, kje je proksimalni del.

### Primeri s področja družinskega sodstva

V obdobju med začetkom veljavnosti in začetkom uporabe Družinskega zakonika (40) se je na okrožnih sodiščih izjemno povečal delež družinskih zadev in s tem tudi delež izvedenih dokazov s pridobitvijo izvedenskega mnenja (41). Izvedenska dela se odrejajo zaradi določitve ali spremembe določitve stikov med otroki in starši. Na tem področju ima vprašanje uporabe, škodljive rabe ali zasvojenosti s psihoaktivno snovjo pomembno vlogo.

Glede na zavezo, da je potrebno forenzično-toksikološko izvedensko delo izvesti v skladu s sodobno mednarodno strokovno doktrino in sodno prakso, smo v številnih primerih že izvedli verigo postopkov, kjer združujemo delo domačih in tujih strokovnjakov.

Ker se nekatere izmed izbranih in potrebnih toksikoloških preiskav za izdelavo tovrstnih mnenj ne opravljajo v Sloveniji, je za izvedbo analiz bil izbran

laboratorij v tujini, ki določene analize rutinsko opravlja in je akreditiran za izvedbo forenzičnih analiz: MVZ, Dessau, Nemčija.

Pripravljeni so bili dvojezični formularji (PRILOGE 1, 2, 3, 4) za izvedbo tako imenovanega strokovnega pregleda in odvzema biološkega materiala, ki se za primere Okrožnega sodišča v Ljubljani, Oddelka za družinsko pravo, in Centrov za socialno delo v Ljubljani in bližnji okolici opravlja na Inštitutu za sodno medicino v Ljubljani. Tu se potrди tudi identiteta dajalca vzorcev ter se opravi transport vzorcev do toksikološkega laboratorija.

Izvedenec forenzične toksikologije glede na podatke v sodnem spisu naredi izbor potrebnih analiz, sodeluje pri delu zdravnika sodne medicine in pripravi odvzete vzorce za transport. Vsak laboratorij ima namreč glede na uporabljeno laboratorijsko delo posebne zahteve za odvzem in predpripravo vzorcev. Hkrati se opravi pogovor s preiskovancem in se zabeleži njegove izjave.

Biološki material se s hitro pošto še isti dan odpošlje v laboratorij. Laboratorij tako prejme biološki material naslednje jutro, to je v roku 24 ur, kar ustreza zahtevam pošiljanja tovrstnega biološkega materiala.

Laboratorij MVZ izvaja preiskave na prepovedane droge in neposredne označevalce škodljive rabe alkohola s kromatografskimi postopki [plinsko kromatografskimi (GC-) ali tekočinsko kromatografskimi (LC-)], ki so kombinirani z enim masnim (MS) ali kombinacijo masnih detektorjev (MS/MS). Ugotavljajo se posamezne učinkovine in/ali njihovi presnovki v biološkem materialu po predhodni predpripravi vzorca. Rezultati toksikološke preiskave so kvantitativni, torej z navedbo koncentracije analita. Ob uporabljeni metodi so podane meje kvantifikacije (LOQ) in meje zaznavnosti (LOD) v primeru negativnih rezultatov. Laboratorij na zahtevo izmeri tudi posredne označevalce škodljive rabe alkohola (GGT, ALT, AST in % CDT).

Časovni interval, da se predvidene analize opravijo v MVZ, Dessau, je 14–21 dni.

Sodišče v skladu z odredbo plača

- Inštitutu za sodno medicino stroške odvzema in pošiljanja materiala v toksikološki laboratorij MVZ Dessau, Nemčija
- Laboratoriju MVZ Dessau, Nemčija stroške za opravljene analize
- Forenzičnemu toksikologu stroške za izdelavo izvedenskega mnenja.

Kompleksnost primerov zahteva povezovanje strokovnjakov različnih specialnosti za pridobitev kvalitetnega izvedenskega mnenja za področje družinskih zadev, kjer obstaja problematika uporabe in škodljive rabe psihoaktivnih snovi.

Zdravniki psihiatri so usposobljeni za diagnosticiranje duševnih in vedenjskih motenj, za diagnostiko škodljive rabe alkohola ali sindroma odvisnosti od psihoaktivnih snovi. Diagnoza duševne motnje (duševne bolezni), škodljive rabe psihoaktivne snovi ali sindroma odvisnosti še ne pomeni avtomatično nezmožnosti za dovolj dobro starševstvo, pomembna ob tem je ocena funkcionalnosti (na primer sposobnost prihoda na dogovorjeno mesto v nealkoholiziranem stanju) in pa možnost zdravljenja duševne motnje (na primer, ali je oseba sposobna spremeniti razmerje do psihoaktivne snovi in se vključiti v zdravljenje).

Nedvomno pa so specialisti klinične psihologije najboljši profil izvedencev pri ocenjevanju kvalitete starševstva in s tem za sodišče pomembnih opredelitev:

- ali starši ali eden od njih daje dovolj čustvene topline, ki jo lahko opredelimo kot razmerje med podpornim vedenjem do otroka (opogumljanje, pomoč, pohvale, sodelovanje) in nepodpornim vedenjem do otroka (kritiziranje, kaznovanje, grožnje, izrazi jeze, negativno vrednotenje oziroma podcenjevanje)

- ali starši vzbujajo občutek stabilnosti in predvidljivosti ali nestabilnosti in kaotičnosti,
- ali so sposobni izvajati nadzor nad otroki in kakšna je oblika tega nadzora: so brezbrizni, permisivni ali gre za pretirano kontrolo,
- ali se otrok počuti dovolj varnega, ali se želi stikom z roditeljem izogibati, ali mu je vseeno,
- ali je partnerska tematika že zaznamovala otroke in jih morda odtujila in podobno.

Klinični psihologi so usposobljeni opredeliti osebnostne lastnosti staršev in njihov vpliv na otrokovo funkcioniranje. In kaj je najbolje za otroka, je seveda na prvem mestu.

Kakšna pa je pri tem vloga forenzičnega toksikologa? Vsekakor gre za objektivizacijo stanja v razmerju do alkohola in drog, ki pomembno dopolnjuje anamnestične in heteroanamnestične podatke, dopolnjuje psihometrične metode, diagnostiko, postopke zdravljenja in zanesljivo omogoča spremljanje abstinence.

Pri forenzičnih postopkih, kjer med psihiatrom izvedencem in preiskovancem ni tolikšnega zaupanja kot običajno med zdravnikom in pacientom, obstaja velika potreba, da pridobimo objektivne dokaze o uporabi psihoaktivnih snovi v krajšem ali daljšem časovnem obdobju.

**Slika 5:** Pregled odvzetih vzorcev in odrejenih preiskav v primeru suma na uporabo prepovedanih drog ter zlorabo psihoaktivnih zdravil in alkohola

Biološki material (Datum in ura odvzema)	Odrejene preiskave	Učinkovine in presnovki	Referenčne vrednosti/ meje zaznavnosti (LOD), meje kvantifikacije (LOQ)
URIN	Prepovedane droge	Amfetamini (d-/l -amfetamin, d-/l -metamfetamin, MDMA, MDA, MDEA, MDPV, mefedron)	LOQ=1,0 ng/ml
		Ketamin (ketamin, norketamin)	LOQ=1 ng/ml
		Benzodiazepini, zaleplon, zolpidem, zopiklon in njihovi presnovki	LOQ=1,0–2,0 ng/ml
		l-/d-metadon; l-/d- EDDP	2 ng/ml
		Benzoilekgonin (presnovek kokaina)	2 ng/ml
		Opiati (morfin-3-glukuronid, morfin-6-glukuronid, prosti morfin, celokupni morfin, 6-acetilmorfin, kodein-6-glukuronid, prosti kodein, celokupni kodein, 6-acetilkodein, dihidrokodein)	LOQ=1,0–5,0 ng/ml
		presnovek THC (THC-karboksilna kislina)	1,0 ng/ml
	Psihoaktivna zdravila	Antidepresivi Antihipertenzivi Uspavala/pomirjevala Antipsihotiki Ostalo – po zahtevi	Različne meje kvantifikacije (LOQ)
	Etilglukuronid		LOD = 50 ng/ml Klinične mejne konc. cut-off=500 ng/ml Forenzične mejne konc. cut-off=100 ng/ml
	Etilsulfat		LOD =25 ng/ml



Bioški material (Datum in ura odvzema)	Odrejene preiskave	Učinkovine in presnovki	Referenčne vrednosti/ meje zaznavnosti (LOD), meje kvantifikacije(LOQ)	
KRI /KRVNI SERUM	Prepovedane droge	l-/d-metadon	1 ng/ml	
		l-/d- DDP	0,1 ng/ml	
		Buprenorfin		
		Norbuprenorfin		
		Amfetamini (d-/l-amfetamin, d-/L-metamfetamin, BDB,MBDB,MDA,MDMA, MDEA, butilon, metilon,mefedron, MDPV)	LOQ=1 ng/mL	
		Benzodiazepini (alprazolam, $\alpha$ -OH-alprazolam, bromazepam, diazepam, flunitrazepam, 7-aminoflunitrazepam, flurazepam, desalkilflurazepam, lorazepam, nordiazepam, medazepam, midazolam, $\alpha$ -OH-midazolam, oksazepam, temazepam, klonazepam,7-aminoklonazepam, 7-aminoklonazepam, klobazam, norklobazam, estazolam, midazolam, prazepam, temazepam, nordiazepam, oksazepam, nitrazepam, tetrazepam, triazolam, zaleplon, zolpidem, zopiklon in presnovki)	LOQ=0,1–1 ng/ml	
		Kanabinoidi (THC, 11-OH-THC, THC-karboksilna kislina, THC-COOH-glukuronid)	LOQ=1 ng/ml	
		Kokain, benzoilekgonin	LOQ=1 ng/ml	
		Opiati (morfin, morfin-3-glukuronid, morfin-6-glukuronid, kodein, kodein-6-glukuronid, 6-acetilkodein, norkodein, dihidrokodein)	LOQ=1 ng/ml	
		Opioidi (fentanil, hidromorfon, nalokson, oksikodon, noroksikodon, tilidin, nortilidin, tramadol, o-desmetiltramadol)	LOQ=0,1–1 ng/ml	
		Drugo ( npr.: gabapentin, ketamin, norketamin, metilfenidat, ritalinska kislina, pregabalina, zaleplon, zolpidem, zopiklon,..)	LOQ=0,1–0,2 ng/ml	
		Psihoaktivna zdravila	Antidepresivi Antihipertenzivi Uspavala/pomirjevala Antipsihotiki Ostalo – po zahtevi	Različne meje kvantifikacije (LOQ)
		Etilglukuronid		Cut-off =1,0 ng/ml
		S-GGT		do 0,92 $\mu$ kat/l
S-AST		do 0,58 $\mu$ kat/l		
S-ALT		do 0,74 $\mu$ kat/l		
% CDT		do 1,3 %		
EDTA-kapilarna kri	PEth		LOD =0,015 $\mu$ mol/l	
LASJE	Etilglukuronid		LOD 7 pg/mg	
	Prepovedane droge	Amfetamini (d-/l-amfetamin, d-/L-metamfetamin, MBDB, MDA,MDMA, MDEA	LOQ=0,02–0,05 ng/mg	
		Benzodiazepini (alprazolam, bromazepam, diazepam, flunitrazepam, lorazepam, 7-aminoflunitrazepam in drugi )	LOQ=0,02ng/mg	
		Metadon	LOQ=0,04 ng/mg	
		Kanabinoidi (THC, 11-OH-THC, THC-karboksilna kislina, THC-COOH-glukuronid	LOQ=0,04 ng/mg	
		Kokain, benzoilekgonin, norkokain, kokaetilen	LOQ=0,03–0,04 ng/mg	
		Opiati (morfin, 6-acetilmorfin, kodein, dihidrokodein)	LOQ=0,03–0,06 ng/mg	
		Kanabinoidi (THC, kanabinol, kanabidiol)	LOQ=0,02–0,03 ng/mg	
		Opioidi (fentanil, norfentanil, buprenorfin, norbuprenorfin, tilidin, nortilidin, tramadol, o-desmetiltramadol)	LOQ=0,01–0,03 ng/mg	
	Psihoaktivna zdravila	Antidepresivi Antihipertenzivi Uspavala/pomirjevala Antipsihotiki Ostalo – po zahtevi	Različne meje kvantifikacije (LOQ)	

Ker vemo, da je mogoče neko učinkovino dokazati v krvi le nekaj ur po uporabi, v urinu morda nekaj dni po uporabi, smo prav v forenzičnih postopkih na področju družinskega sodstva pričeli uporabljati analizo las, ki kaže zgodovino uporabe psihoaktivnih snovi za nekaj mesecev nazaj.

Na področju alkohola se analitika ne omejuje le na analizo alkohola v krvi in urinu, pač pa se poleg posrednih indikatorjev škode, ki jo je naredil alkohol na telesu posameznika, torej merjenja aktivnosti nekaterih encimov v krvnem serumu (GGT, ALT, AST) ter % CDT (transferina z zmanjšanim deležem sladkorjev), izvaja tudi merjenje neposrednih bioloških markerjev rabe alkohola, in sicer merjenje etilglukuronida v krvi, urinu in laseh ter merjenje fosfatidil etanola (PEth) v polni krvi. Ti indikatorji povedo več tudi o količini uporabljenega alkohola v zadnjih dveh do treh mesecih.

#### Primer iz prakse

V pravnem postopku je bil preiskovanec (moški, starost 30 let, teža 82 kg, višina 183 cm) zaradi postavljenega suma, da uporablja kanabis in kokain, vabljen, da se 1. februarja oglasi v ambulanti zaradi odvzema krvi, urina in las zaradi toksikološke preiskave. Preiskovanec se je na dan preiskave telefonično opravičil, da zaradi bolezni ne more priti in zaprosil za nov termin. Preiskovanec se je odzval vabilu dne 14. februarja.

Anamnestični podatki: bolezni: nobene; zdravila: ne jemlje; prepovedane droge: kanabis, kokain ne jemlje, jemal naj bi ga skupaj s partnerico pred 8 meseci; Alkohol: pije občasno 1x do 4x mesečno, zadnje uživanje alkohola pred 6 dnevi.

#### Preizkusi in odvzem biološkega materiala:

Narejen je bil preizkus na alkohol v izdihanem zraku, ki je bil negativen. Odvzeti so bili naslednji vzorci: urin, EDTA-kapilarna kri, lasje

#### Rezultati toksikoloških preiskav:

URIN: Preiskava na prepovedane droge (kokain, kanabis) in psihoaktivna zdravila v urinu je bila negativna. V urinu je bil dokazan kinin (opomba izvedenke: posledica uživanja tonika?). V urinu je bil izmerjen etilglukuronid 281 ng/ml (cutoff = 100 ng/ml),

EDTA-kapilarna kri : Peth = 0,204  $\mu$ mol/l:

Lasje (3 cm): Etilglukuronid 78,3 pg/mg; kanabinoide (THC, kanabidiol, kanabinol) negativno;

kokain 2,18 ng/mg; benzoilekgonin 2,20ng/mg, nor-kokain 0,066 ng/mg in kokaetilen 1,26 ng/mg las.

Toksikološka preiskave je bila usmerjena predvsem

v preverjanje suma, da oseba uporablja kokain in kanabis. Preiskava urina ni potrdila uporabe kokaina in kanabisa. Prav tako je bila negativna preiskava na uporabo kanabisa v laseh. V vzorcu las (3 cm vzorec proksimalno), torej v obdobju zadnjih treh mesecev, pa je preiskovanec uporabljal kokain. Spojina kokaetilen potrjuje, da je preiskovanec kokain uporabljal pogosto skupaj z alkoholom. Čeprav na problematiko alkohola nismo bili opozorjeni, nam koncentracija etilglukuronida v laseh kaže na to, da preiskovanec več kot 1-4-krat mesečno uživa alkohol, in to v tveganih oziroma čezmernih količinah. Koncentracija PETH= 0,204  $\mu$ mol/l v krvi, kot tudi izmerjena koncentracija etilglukuronida v urinu 281 ng/ml (cutoff = 100 ng/mL), sta lahko posledici tvegane (čezmerne) ali visoko tvegane uporabe alkohola pred šestimi dnevi.

## Literatura

1. Zorec Karlovšek M. Stanje pod vplivom mamil ali zdravil - toksikološka preverjanja in mejne vrednosti. V: Bilban M (ur.). Strokovni posvet o medicini prometa, Rogaška Slatina, 7. in 8. april 1995. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za medicino dela. 1995: 175–180.
2. Toksikološka preverjanja pri boleznih odvisnosti. V: Čebašek-Travnik, Zdenka (ur.), Radovanovič, Mirjana (ur.). Medicina odvisnosti : zbornik prispevkov 1. slovenske konference o medicini odvisnosti, Ljubljana, oktober 1996. Ljubljana, Republiški strokovni kolegij za psihiatrijo, Delovna skupina za odvisnost od alkohola. 1997: 65–73.
3. Zakon o pravilih cestnega prometa (ZPrCP). Ur.l. RS, št. 109/2010.
4. Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o pravilih cestnega prometa. Ur. l. RS, št. 57/2012.
5. Zakon o voznikih (ZVoz).Ur.l. RS, št. 109/2010.
6. Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o prekrških (ZP-1G) Ur.l. RS št. 9/2011.
7. Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1). Ur. l. RS, št. 43/2011.
8. Sistem odkrivanja zastrupitev z novimi psihoaktivnimi snovmi (SONDA) <http://ktf.si/novice/sistem-odkrivanja-zastrupitev-z-novimi-psihoaktivnimi-snovmi-sonda/>
9. Koželj G. Toksikološka analitika aktualnih drog. V Kastelic A (ur.), Kostnapfel Rihtar T(ur.). Slovenska konferenca o obravnavi in zdravljenju oseb, ki uporabljajo nove vrste drog. SEEA net simpozij o medicinski uporabi kanabinoidov in zdravljenju ADHD v odrasli dobi, Program, povzetki. Ljubljana; 2014: 33.
10. Alkohol v Sloveniji : trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko. Ur. Maja Zorko[et al.]. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2013.
11. Uporaba tobaka, alkohola in prepovedanih drog med prebivalci Slovenije ter neenakosti in kombinacije te uporabe. Koprivnikar H in drug (ur.), Nijz, Ljubljana 2015, dosegljivo na [https://www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/uporaba\\_tobaka\\_alkohola\\_in\\_drog.pdf](https://www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/uporaba_tobaka_alkohola_in_drog.pdf)
12. Stanje na področju prepovedanih drog v Sloveniji 2018, NIJZ, Ljubljana 2019 Dosegljivo na [https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/npslo\\_koncna\\_2018.pdf](https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/npslo_koncna_2018.pdf)
13. Nutt DJ, King LA, Phillips LD. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. Lancet 2010; 376: 1558–65.
14. Herkenham M, Lynn AB, Little MD, Johnson MR, Melvin LS, de Costa BR, Rice KC. Cannabinoid receptor localization in brain. Proc Natl Acad Sci U S A. 1990; 87 (5): 1932–6. dosegljivo na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC53598/>
15. Randall CB. Disposition of Toxic Drugs and Chemicals in Man. Eleventh Edition. Biomedical Publications, Seal Beach, CA, 2017.
16. Zorec Karlovšek M. Stanje pod vplivom drog - toksikološko izvedensko mnenje v prometnih zadevah. Medicinski razgledi, 1996; 35, suppl. 5: 75–84.
17. Zorec Karlovšek M. Testi za določanje prepovedanih drog v slini. Delo in varnost.2016; 4: 28–35.
18. Kastelic A, Škoberne M, Zorec Karlovšek M. Priporočila za uporabo imunokemijskih urinskih testov na droge in njihove presnovke pri uživalcih prepovedanih drog, Ljubljana: Ustanova Odsev se sliši, Ljubljana, 2000. 1–11
19. European Guidelines for Workplace Drug Testing in Urine. Version 2.0 <http://www.ewdts.org/data/uploads/documents/ewdts-urine-guideline-2015-11-01-v2.0.pdf>
20. Kinz P, Salomone A, Vincenti M (ur.) Hair Analyses in clinical and Forensic Toxicology, Elsevier Inc., 2015.
21. Jakopič J. Varnost cestnega prometa in problemi, ki so v zvezi s pitjem alkoholnih pijač. Strokovni posvet o medicini prometa, SZD-SMD, Rogaška Slatina, 1998, 119–29.
22. Rus Makovec M. Jakopič J, Vožnja pod vplivom alkohola in prometna varnost: kaznovati ali zdraviti z alkoholom nezasvojene in zasvojene voznike? Zdrav Vestn 2010; 79: 582–592.

23. Bilban M. Ocenjevanje vozniške zmožnosti in alcohol. In Pišljari M, Milič J (ur) Prepoznavanje in zdravljenje odvisnosti od alkohola- interdisciplinarni pogled. Psihiatrična bolnišnica Idrija, oktober 2016: 91–144.
24. Dufour MC: What is moderate drinking? Defining »drinks« and drinking levels. *Alcohol Research & Health*. 1999; 23: 5–11.
25. Dawson DA, Grant BF, Chou PS. Stress, Gender, and Alcohol-Seeking Behavior, In Hunt WA, and Zakhari S. (Eds.). *Stress, Gender, and Alcohol-Seeking Behavior*. National Institutes of Health. National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. National Institutes of Health Research Monograph No. 29. Bethesda, MD. 1995: 1–21.
26. <https://www.sopa.si/>
27. <https://www.nalijem.si/>
28. Zorec Karlovšek M. Merjenje alkohola V: Zupan A. (ur.), Bilban M. (ur.). Ocenjevanje sposobnosti za vožnjo avtomobila : zbornik predavanj, Univerzitetni rehabilitacijski inštitut RS - Soča, 14. in 15. februar 2014. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut RS - Soča: Zavod za varstvo pri delu. 2014: 143–153.
29. Bilban M, Vrhovec S, Zorec Karlovšek M. Blood biomarkers of alcohol abuse. *Arhiv za higijenu rada i toksikologiju*, 2003; 54: 253–9.
30. Prezelj M, Zorec Karlovšek M. % CDT - transferin z zmanjšanim deležem ogljikovih hidratov v diagnostiki škodljive rabe alkohola. *Farmacevtski vestnik* 2000, 51, št. suppl, str. 385–386.
31. Bilban M, Zorec Karlovšek M. Poskus uporabe laboratorijskih parametrov GGT, ALT, AST, MCV in CDT in vprašalnika AUDIT za oceno rabe in škodljive rabe alkohola v medicini dela. V: Čebašek-Travnik, Zdenka (ur.), Radovanovič, Mirjana (ur.). *Zbornik predavanj* 1998: 25.
32. Andresen Streicher H, Müller A, Glahn A, Skopp G, Sterneck M. Alcohol Biomarkers in Clinical and Forensic Contexts. *Dtsch Arztebl Int*. 2018 May; 115(18): 309–315.
33. Varga A, Hansson P, Johnson G, Alling C. Normalization rate and cellular localization of phosphatidylethanol in whole blood from chronic alcoholics. *Clin Chim Acta*. 2000 Sep; 299 (1–2): 141–50.
34. Marques P, Hansson T, Isaksson A, Walther L, Jones J, Lewis D, Jones M. Detection of phosphatidylethanol (PEth) in the blood of drivers in an alcohol ignition interlock program. *Traffic Inj Prev*. 2011 Apr; 12 (2): 136–41.
35. Shukla L, Sharma P, Ganesha S, Ghadigaonkar D, Thomas E, Kandasamy A, Murthy P, Benegal V. Value of Ethyl Glucuronide and Ethyl Sulfate in Serum as Biomarkers of Alcohol Consumption. *Indian J Psychol Med*. 2017; 39 (4): 481–487.
36. Dahl H, Voltaire Carlsson A, Hillgren K, Helander A. Urinary ethyl glucuronide and ethyl sulfate testing for detection of recent drinking in an outpatient treatment program for alcohol and drug dependence. *Alcohol Alcohol*. 2011 May-Jun; 46 (3): 278–82.
37. Nanau RM, MG. Biomolecules and Biomarkers Used in Diagnosis of Alcohol Drinking and in Monitoring Therapeutic Interventions. *Biomolecules*. 2015 Sep; 5 (3): 1339–1385.
38. Marques P, Tippetts S, Allen J, Javors M, Alling C, Yegles M, Pragst F, Wurst F. Estimating driver risk using alcohol biomarkers, interlock blood alcohol concentration tests and psychometric assessments: initial descriptives. *Addiction*. 2010 Feb; 105 (2): 226–39.
39. European Guidelines for Workplace Drug and Alcohol Testing in Hair  
<http://www.ewdts.org/data/uploads/documents/ewdts-guideline-hair-v2.0.pdf>
40. Anon. Družinski zakonik. Ur.l. RS. 2017; 15: 2099–2128.
41. Kapler M. Izdelava sodno izvedeniških mnenj v družinskih postopkih. Analiza sodno izvedeniških mnenj v družinskih postopkih za obdobje 2013–2018, Okrožno sodišče v Ljubljani. Oddelek za družinsko sodstvo. Ljubljana 2019: 1–26.

# ***Posledice uživanja alkohola in nedovoljenih drog v nepravdnih postopkih***

**Nadja Podobnik Oblak**

Korespondenca:

Nadja Podobnik Oblak, univ. dipl. pravnik

Okrajna sodnica

Vodja nepravdnega in zapuščinskega oddelka Okrajnega sodišča v Ljubljani

---

Uživanje alkohola in nedovoljenih drog v civilnopravnih razmerjih, pa tudi civilnopravnih postopkih nima samodejnih posledic, ki bi nastopile že ob ugotovitvi dejstva, da posameznik uživa alkohol in nedovoljene droge.

Vendarle pa lahko pretirano uživanje alkohola in nedovoljenih drog ter odvisnost privede posameznika do ravnanj ali do spremembe njegovih sposobnosti do take mere, da to lahko vpliva na njegov pravni status, pravice in možnosti.

Vprašanje uživanja alkohola in nedovoljenih drog se tako lahko izpostavi pri presoji poslovne sposobnosti posameznika, procesne sposobnosti v konkretnih postopkih ali kot podlaga za izvedbo postopkov na podlagi Zakona o duševnem zdravju.

### Poslovna sposobnost

Poslovna sposobnost je pravno priznana sposobnost izražati poslovno voljo in s tem z lastnimi dejanji, tj. izjavami volje povzročiti nastanek, spremembo oziroma prenehanje pravnih razmerjih. Je sposobnost nastopanja v pravnih razmerjih, pridobivanja in izvrševanja pravic in obveznosti s pravnimi posli, omogoča torej subjektom samostojno nastopanje v pravnem prometu in je predpostavka za veljavnost pravnih poslov. Poslovna sposobnost se pridobi z dopolnitvijo 18. leta starosti (če ni bila podaljšana roditeljska pravica), lahko pa tudi pred polnoletnostjo, če je s sklepom sodišča podeljena osebi, ki je postala roditelj.

Vendar pa je mogoče poslovno sposobnost tudi omejiti ali odvzeti. Trenutno še veljavni Zakon o nepravdnem postopku<sup>1</sup> (v nadaljevanju ZNP) tako v 44. členu določa, da se odloča o odvzemu poslovne sposobnosti osebi, ki zaradi duševne bolezni, zaostalosti, odvisnosti od alkohola oziroma mamil ali drugih vzrokov, ki vplivajo na njihovo psihofizično stanje, ni sposobna sama skrbeti zase, za svoje pravice in koristi. Zakon uporablja izraz »mabila«, čeprav je primerneje nedovoljene droge, vendar zgolj različno poimenovanje ne vpliva na vsebinsko presojo.

Seznam razlogov oziroma okoliščin, ki lahko privedejo do odvzema, torej ni taksativen oziroma zaključen, v teoriji (in tudi sodni praksi) pa ni sporno, da med druge vzroke lahko sodijo tako telesne napake (na primer gluhonost, slepota), kot tudi značajske lastnosti (patološka nagnjenost k tožarjenju – kverulantsvo ali zapravljenost). Pri tem ni nujno, da

je ta značajska lastnost oziroma obnašanje posameznika posledica duševne bolezni, ampak je odločilno za presojo, ali v tolikšni meri vpliva na (splošno) psihofizično stanje posameznika, da ni sposoben skrbeti zase, za svoje pravice in koristi. Menim, da lahko med druge vzroke štejemo tudi prekomerno uživanje alkohola in nedovoljenih drog, ki morda še ne dosega (zdravstvenega) standarda odvisnosti, vendarle pa bistveno vpliva na sposobnosti posameznika. Sodišče ne odloča zgolj z namenom varovanja koristi obravnavane osebe, ampak tudi varovanja pravnega prometa, torej v javnem interesu.

Zgolj obstoj duševne motnje, bolezni ali odvisnosti od alkohola in prepovedanih drog ne zadostuje, vselej se sprašujemo, ali posameznik lahko sprejema razumne odločitve o svojih pravicah in koristih.

Tudi sodna praksa je že oblikovala stališče, da za odvzem poslovne sposobnosti tako ne zadostuje zgolj ugotovitev, da je oseba odvisna od alkohola, ampak mora biti izpolnjen tudi pogoj, da zaradi takšne odvisnosti, ki vpliva na psihofizično stanje, oseba ni sposobna skrbeti sama zase, za svoje pravice in koristi. Od stopnje ugotovljene (ne)sposobnosti je v nadaljevanju odvisna stopnja odvzema poslovne sposobnosti<sup>2</sup>. Vpliv odvisnosti na psihofizično stanje osebe se tako ugotavlja s pomočjo izvedenca medicinske (psihiatrične) stroke, od katerega sodišče v tovrstnih primerih pričakuje predvsem oceno, do kolikšne mere je psihofizično stanje osebe in njena sposobnost razumevanja situacije, sprejemanja odločitev in obvladovanja ravnanja okrnjena zaradi obstoja odvisnosti, pa tudi, ali je spremenjeno stanje trajno in ali obstaja možnost spremembe v primeru, da bi se oseba pričela zdraviti.

Če prenehajo razlogi, zaradi katerih je bila odvzeta poslovna sposobnost, lahko sodišče odloči o delni ali popolni vrnitvi poslovne sposobnosti. Do prenehanja razlogov tako pride v primeru, da se stanje osebe zaradi zdravljenja ali drugih dejavnikov bistveno izboljša, res pa je potrebno vložiti predlog za vrnitev poslovne sposobnosti in izvesti celoten postopek, vključno s pridobivanjem (novega) izvedenskega mnenja, zaslišanja osebe in drugo.

V nasprotju z ostalimi razlogi, ko je potrebno osebi delno odvzeti poslovno sposobnost, je zakonodajalec pri odvisnosti od alkohola in nedovoljenih drog že vnaprej predvidel možnost, da gre za stanje, ki ga je mogoče spremeniti – torej za ozdravljivo bolezen.

<sup>1</sup> Zakon o nepravdnem postopku, Uradni list SRS, št. 30/1986, 20/1988 - popr., Uradni list RS, št. 87/2002 - SPZ, 131/2003 - odl. US, 77/2008 - ZDZdr, 10/2017 - ZPP-E.

<sup>2</sup> Primerjaj sklepa VSL sklep I Cp 1291/2013 in VSL sklep I Cp 3536/2012, dostopna na portalu [www.sodnapraksa.si](http://www.sodnapraksa.si) ali [www.sodisce.si](http://www.sodisce.si).

Tako lahko v primeru, da sodišče ugotovi, da so izpolnjeni pogoji za delni odvzem poslovne sposobnosti zaradi odvisnosti od alkohola ali nedovoljenih drog, s sklepom odloži odločitev o delnem odvzemu za največ leto dni, če se obravnavana oseba zdravi v ustrezni zdravstveni organizaciji, vendar pa lahko pred iztekom roka sklep kljub temu izda, če oseba zdravljenje samovoljno opusti (51. člen ZNP). Ne gre za avtomatični odlog, zakonodajalec je namreč v besedilu z besedo »lahko« sodišču to možnost dopustil, sodišče pa bo tak sklep izdalo le v primeru, da bo v konkretnem primeru ugotovilo, da je tako zdravljenje mogoče in je realno pričakovati tudi izboljšanje. V nasprotnem primeru bi izdaja tovrstnega odloga le po nepotrebem podaljšala postopek in stranki, ki je poslovno nesposobna, celo odrekla ustrezno varstvo njenih pravic. Za presojo možnosti in potencialnega uspeha zdravljenja sodišče samo seveda nima ustreznega strokovnega znanja, zato se lahko obrne na izvedenca, ki pa mu je potrebno zastaviti tudi podrobna vprašanja. Sodnik je namreč tisti, ki zastavi nalogo in s tem obseg dela izvedencu in ni moč na izvedence prelagati odgovornosti, da sodišče opozarjajo tudi na to zakonsko določbo.

Posamezniku je s tem dana še ena priložnost za spremembo in izboljšanje zdravstvenega stanja, ki lahko prepreči nastanek neugodnih pravnih posledic, ki so sicer že napovedane v odloženem sklepu. V primeru da se oseba (uspešno) vključi v zdravljenje, se sklep ne realizira in negativne posledice ne nastopijo, ni pa potrebno izvesti postopka vrnitve poslovne sposobnosti.

Glede na zakonsko besedilo je to mogoče le v primeru delnega odvzema poslovne sposobnosti, ko je torej še ohranjeno vsaj neko osnovno razumevanje in sposobnost, četudi za posle z omejenim obsegom. Če je sposobnost posameznika okrnjena do take mere, da se sodišče odloči za popolni odvzem poslovne sposobnosti, čeravno se je to zgodilo zaradi odvisnosti od alkohola in nedovoljenih drog, zakonske podlage za odlog odvzema načeloma ni in je poslovna sposobnost odvzeta s pravnomočnostjo sklepa o odvzemu.

Odvzem poslovne sposobnosti je mogoč le po pridobitvi izvedenskega mnenja, vendar pa ZNP ne vsebuje določb za urejanje situacij, ko se nasprotni udeleženec pregledu ne želi podvreči. V praksi to pomeni, da lahko odklanja sodelovanje v postopku v celoti (se ne odziva na vabila sodišča in ne odgovarja na prejete pisne pozive) ali pa se zgolj ne udeleži pregleda, na podlagi katerega bi izvedenec lahko izdelal izvedensko mnenje.

V praksi se je, tudi upoštevajoč okoliščine konkretnega primera, oblikovalo več rešitev. Tako je v nekaterih primerih mogoče stanje udeleženca ugotoviti na podlagi razpoložljive zdravstvene dokumentacije (torej posredno). Sodna praksa je tudi že oblikovala rešitve, da je mogoče ob smiselni uporabi določb Zakona o duševnem zdravju (v nadaljevanju ZDZdr)<sup>3</sup> tudi v postopku odvzema uporabiti prisilne ukrepe, po drugi strani pa tudi, da sodišče v primeru, da mnenja ni mogoče pridobiti, odloči brez njega (glede na trditveno podlago in dokazno breme)<sup>4</sup>.

Zakon o nepravdnem postopku je trenutno v postopku večjih sprememb in se pripravlja sprejetje novega Zakona o nepravdnem postopku (ZNP-1)<sup>5</sup>. Le-ta več ne pozna instituta odvzema poslovne sposobnosti, ampak določa le postopek postavitve odrasle osebe pod skrbništvo, medtem ko samo skrbništvo in razloge zanj opredeljuje Družinski zakonik (DZ). Postopek postavitve pod skrbništvo je načeloma primerljiv z dosedanjim postopkom, poglobljena razlika je v tem, da po dosednji ureditvi skrbnika po zaključku postopka imenuje center za socialno delo, po predvideni spremembi zakona pa bo imenovanje skrbnika del sodnega sklepa o postavitvi osebe pod skrbništvo.

262. člen DZ tako določa, da sodišče osebo, ki zaradi motnje v duševnem razvoju ali težav v duševnem zdravju ali drugega vzroka, ki vpliva na zmožnost razsojanja, sama, brez škode zase, ni sposobna poskrbeti za svoje pravice in koristi, postavi pod skrbništvo in ji imenuje skrbnika. Odvisnost od alkohola ali nedovoljenih drog ni več izrecno omenjena med razlogi za postavitve pod skrbništvo, prav tako tudi ni več možnosti odloga izdaje sklepa v primeru, da se oseba začne zdraviti.

Besedilo predloga pa je vsaj na ravni zakonskih določb rešilo dilemo glede uporabe prisilnih ukrepov. Predvideno je namreč, da lahko sodišče odredi, da se oseba, ki naj se jo postavi pod skrbništvo, prisilno privede, če drugače ni mogoče izvesti njenega zaslivanja ali pregleda s strani izvedenca medicinske stroke. Prisilno privedbo izvede policija. Podrobneje postopek privedbe ni opisan, v nadaljnjih določbah se zakon glede izogibanja pozivu psihiatrične klinike zaradi nujnega zadržanja do ugotovitve

3 Zakon o duševnem zdravju, Uradni list RS, št. 77/2008, 46/2015 - odl. US.

4 Primerjaj sklepa VSL I Cp 2673/2012 in VSL I Cp 2981/2013.

5 Prenovljen Zakon o nepravdnem postopku je v času oddaje prispevka še v zakonodajnem postopku, predvideva pa se sprejetje in pričetek veljave do 15. 4. 2019, ko prične v celoti veljati tudi Družinski zakonik (Uradni list RS, št. 15/2017).

zdravstvenega stanja sklicuje na ZDZdr, nadaljnja praksa pa bo pokazala ustreznost, predvsem pa izvedljivost zakonske rešitve.

### **Procesna sposobnost v civilnih postopkih**

Procesna sposobnost je sposobnost stranke, da samostojno in veljavno opravlja procesna dejanja in je načeloma vezana na poslovno sposobnost. Oseba, ki ima poslovno sposobnost, ima tudi procesno sposobnost in lahko pred sodiščem samostojno opravlja procesna dejanja ali za to pooblasti ustreznega pooblaščenca.

Procesna sposobnost je splošni pojem, ki zajema nastopanje v kakršnem koli sodnem postopku, za civilnopravne postopke se uporabljajo določbe Zakona o pravnem postopku, ki se v tem delu uporablja tudi v nepravdnih postopkih in tudi zapuščinskem postopku kot posebni obliki nepravdnega postopka.

Osebe, ki jim je v celoti odvzeta poslovna sposobnost ali je še niso pridobile, zastopa zakoniti zastopnik. Za mladoletnike so to starši, za ostale pa skrbnik.

Za mladoletnike med 15. in 18. letom starosti ter za osebe, ki jim je delno odvzeta poslovna sposobnost, pa je procesna sposobnost vezana na obseg poslovne sposobnosti. Tak mladoletnik lahko na primer samostojno sklepa posle manjšega pomena in glede takih poslov tudi samostojno sodeluje v sodnem postopku. Posli, ki so tako pomembni, da lahko vplivajo na njegovo življenje tudi po polnoletnosti, pa so v primeru sklenitve brez zakonitega zastopnika izpodbojni, v sodnem postopku iz tovrstnih poslov pa mladoletnik nima procesne sposobnosti. Enako velja za osebe, ki jim je delno odvzeta poslovna sposobnost.

V praksi se lahko pojavi situacija, ko osebi poslovna sposobnost še ni odvzeta, vendar sodišče v konkretni zadevi, ki pride v kontakt s tako stranko, posumi, da zaradi nekega vzroka, ki vpliva na njeno psihofizično stanje, oseba ni sposobna razumeti pomena svojih dejanj in za varstvo svojih pravic in koristi, vendar pa ji poslovna sposobnost ni bila odvzeta. Sodnik lahko namreč težavo zazna na podlagi navedb v vlogah, izjav stranke pred sodiščem, nenazadnje pa tudi na podlagi obnašanja stranke na narokih in obravnavah.

Razlogi za tako »nesposobnost« so povsem primerljivi z razlogi, ki so podlaga za odvzem poslovne sposobnosti, le da poslovna sposobnost v celoti morda še ni bila predmet presoje, lahko je postopek tudi še v teku. Pomembno je poudariti, da ne gre za vprašanje ustreznega pravnega znanja za nastopanje v postopku – to lahko stranki nudi pooblaščenec,

ampak za presojo tega, ali se stranka sploh zaveda pomena vodenja postopka, svojih pravic in nenazadnje tudi morebitnih obveznosti, ki lahko iz tega izvirajo.

Če se sodniku na podlagi konkretnih dejanj stranke v postopku pojavi dvom o strankini sposobnosti, je sodišče dolžno tudi v primeru, da tega ne predlaga nobena od strank – torej po uradni dolžnosti ugotoviti pravilno stanje strankine procesne nesposobnosti.

Po stališču pravne teorije sodišče ne more prekiniti postopka in čakati, da se o poslovni sposobnosti izreče nepravdno sodišče v postopku odvzema poslovne sposobnosti, v praksi pa dejansko prihaja tudi do takih prekinitev postopka (četudi morda brez formalnega sklepa), če je postopek odvzema poslovne sposobnosti že v teku in je mogoče v kratkem pričakovati njegov zaključek.

V konkretnem civilnem postopku se sicer procesna sposobnost praviloma preverja tako, kot bi se v postopku odvzema poslovne sposobnosti – z imenovanjem izvedenca medicinske (psihiatrične) stroke, stranka pa se je dolžna pregledu s strani izvedenca podvreči. Tudi v tem delu zakonske določbe procesne zakonodaje zaenkrat še ne dajejo jasnega odgovora, kako naj sodišče ravna v primeru, da stranka pregled odklanja in je odločitev sodišča o nadaljnjem ravnanju odvisna predvsem od položaja stranke v postopku in stanja konkretnega postopka.

Če je v postopku ugotovljeno, da stranka nima procesne sposobnosti, jo zastopa zakoniti zastopnik ali začasni zastopnik, lahko pa taka ugotovitev privede tudi do pričetka postopka odvzema poslovne sposobnosti v celoti (tak postopek se namreč lahko vodi tudi po uradni dolžnosti na podlagi prejema obvestila, da je bil dvom zaznan že pri presoji procesne sposobnosti v drugem postopku) oziroma postavitve pod skrbništvo.

Ker gre pri presoji procesne sposobnosti za presojo poslovne sposobnosti za potrebe zgolj konkretnega postopka, so razlogi praktično enaki in je med njimi lahko tudi odvisnost od alkohola in prepovedanih drog.

### **Postopki po zakonu o duševnem zdravju (ZDZdr)**

Po ZDZdr sodišče odloča v naslednjih postopkih:

- postopek za sprejem na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico na oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve na podlagi sklepa sodišča,
- postopek za sprejem na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico v oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve v nujnih primerih,



- postopek za sprejem v obravnavo na varovani oddelek socialnovarstvenega zavoda brez privolitve na podlagi sklepa sodišča,
- postopek za sprejem na zdravljenje v nadzorovano obravnavo brez privolitve na podlagi sklepa sodišča.

V vseh navedenih postopkih pa se lahko osebo proti njeni volji sprejme v psihiatrično obravnavo, če so izpolnjeni posebni pogoji: če ogroža svoje življenje ali življenje drugih ali če huje ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim, če je ogrožanje posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje in če navedenih vzrokov in ogrožanja iz prve in druge alineje tega odstavka ni mogoče odvrniti z drugimi oblikami pomoči (z zdravljenjem v psihiatrični bolnišnici zunaj oddelka pod posebnim nadzorom, z ambulantnim zdravljenjem)<sup>6</sup>. Duševna motnja je začasna ali trajna motnja v delovanju možganov, ki se kaže kot spremenjeno mišljenje, čustvovanje, zaznavanje, vedenje ter dojemanje sebe in okolja. Neprilagojenost moralnim, socialnim, političnim ali drugim vrednotam družbe se sama po sebi ne šteje za duševno motnjo<sup>7</sup>.

Odvisnost, vključno z odvisnostjo od alkohola in prepovedanih drog, v ZDZdr ni izrecno omenjena, jo je pa mogoče uvrstiti med duševne motnje, ki lahko privedejo do prisilne hospitalizacije.

Podobno kot pri odvzemu poslovne sposobnosti pa je potrebno ponovno poudariti, da zgolj obstoj motnje (odvisnosti) za izvedbo postopka prisilne hospitalizacije ne zadostuje, ampak morajo biti izpolnjeni vsi zgoraj navedeni pogoji (še motena presoja realnosti kot posledica motnje in prisotnost hudega ogrožanja).

V praksi se sodniki večkrat srečamo z odvisnostjo od alkohola ali prepovedanih drog tudi pri obravnavi primerov na podlagi ZDZdr, vendar se posebna statistika o vzrokih pridržanja – naravi duševne motnje in izrečenih ukrepih glede na postavljeno diagnozo, ne vodi, tako da števila tovrstnih primerov ni mogoče zanesljivo oceniti.

Stopnje zlorabe alkohola in substanc so različne. Po eni strani obravnavamo akutne zastrupitve, ki praviloma privedejo do nujne hospitalizacije, a je čas pridržanja relativno kratek (da izzvenijo odtegnitveni

simptomi). Po drugi strani se soočamo s posledicami dolgotrajne odvisnosti od alkohola, zaradi katere posameznik praktično več ne funkcioniira in je praviloma izrečen ukrep namestitve v socialnovarstveni zavod, kjer se izhaja iz ocene, da je akutno zdravljenje zaključeno in je potrebno le nadaljnje varstvo in skrb. Vsekakor pa je vselej potrebna ocena stanja posameznika glede na vse zakonske kriterije.

Tako je na primer Višje sodišče v Ljubljani odločilo, da opijanje z alkoholom samo po sebi ni prepovedano in zgolj zaradi zlorabe alkohola, s katerim oseba nedvomno škoduje svojemu zdravju, sprejem v varovani oddelek socialnovarstvenega zavoda brez privolitve ni mogoč. Vendar pa to ne pomeni, da sprejem na tak oddelek ni mogoč v primeru, če opijanje preraste v duševno motnjo in so izpolnjeni tudi vsi ostali zakonsko predpisani pogoji za sprejem ter oseba ne razume pomena in posledic izjave, s katero odklanja sprejem. Za izrek ukrepa mora obstajati realna grožnja, da bo oseba, na katero se nanaša predlagani ukrep, zaradi svoje odvisnosti, ki je ni sposobna obvladovati, (ponovno) huje ogrozila svoje zdravje in življenje, pa tudi zdravje in življenje ljudi v svoji okolici<sup>8</sup>.

### Zaključek

Odvisnost od alkohola in nedovoljenih drog je vsekakor v današnjem času relativno pogosto zdravstveno stanje, ki ima svoje posebnosti in zahteva tudi specifično zdravstveno obravnavo. V nepravdnih in splošnih civilnih postopkih pa tako stanje ni bistveno drugačno od drugih duševnih motenj ali bolezni, zato novejša zakonodaja tega tudi posebej ne ločuje. Vselej je v ospredju posameznik, njegove sposobnosti in osebne zmožnosti ter potrebe, sodišče pa je dolžno poskrbeti, da so le-te pravilno ovrednotene in zaščitene, četudi to lahko pomeni, da so sprejeti ukrepi, ki posežejo v njegovo svobodo samostojnega odločanja.

6 39. člen ZDZdr.

7 3. točka 2. člena ZDZdr.

8 Sklep VSL I Cp 150/2017.



# ***Dileme izvedenca pri izvedenstvu posledic uživanja alkohola in nedovoljenih drog v nepravdnih postopkih***

---

**Matej Kravos**

Korespondenca:

doc. dr. Matej Kravos, dr.med.

ZPD dr. Kravos, Trg svobode 26, 2310 Slovenska Bistrica

E-naslov: [mk4@siol.net](mailto:mk4@siol.net)

---

## Uvod

Odvisnost od psihoaktivnih snovi, predvsem pa škodljivo uživanje je dokaj razširjeno in pogosto. V nepravdnih postopkih so v večji meri obravnavani odvisni od alkohola, ker je alkohol najbolj razširjena in tudi dovoljena psihoaktivna snov. Zaradi tega navajam v uvodnem delu nekaj osnovnih podatkov o alkoholu, njegovi presnovi in dejstvih, ki jih pogosto tudi v drugih pravnih postopkih spregledamo ali pozabljamo.

V Sloveniji se poraba alkohola v zadnjih 25 letih giblje med 7 in 10 kilogrami alkohola na prebivalca na leto. K temu je potrebno prišteti še približno 4 do 6 kilogramov tako imenovanega neregistriranega alkohola na prebivalca. Moški dvakrat pogosteje zlorabljajo in postanejo odvisni od alkohola kot ženske.

Odvisnost od alkohola je možganska bolezen, kjer proces preobrazbe nadzorovanega v nenadzorovano pitje spremlja sprememba strukture možganov in nevrokemičnih procesov v možganih. Navkljub temu ostaja odprto vprašanje, ali so strukturne spremembe nujne in dovolj velike za razvoj pivskega vedenja.

Zanesljivega standarda, s katerim bi merili pivske navade, še ni. Presnova etanola je v primerjavi s številnimi drugimi drogami hitra in v bistvu popolna. Za odkrivanje in potrjevanje tveganega uživanja ter odvisnosti sta dobra tehnika pogovora in vprašalnik premalo.

Nihče ne razvije odvisnosti brez nekaj let trajajočega tveganega pitja. Potek odvisnosti je lahko različen. Velikokrat ima napredujoč potek, ki mu sledijo težave z zdravjem, zmanjšana delovna uspešnost, osamljenost in/ali zmeraj bolj nezdravi odnosi v družini. V določenih življenjskih obdobjih veliko ljudi zadosti kriterijem odvisnosti od alkohola (življenjske prelomnice, študij, osebne travme, bolezni ...), vendar so sposobni sami zmanjšati uživanje alkoholnih pijač do meja zmernih pivcev po razrešitvi vzpodbujajočega dejavnika, nekateri pa prenehajo piti tudi sami.

Socialno okolje s svojimi ukrepi omogoča dostop do alkohola in porabo. Okolja, kjer se pridobivajo alkoholne pijače, so strpnejša do uživanja in zlorab.

Vpliv alkohola na človeški organizem

Od 10 do 20 % alkohola se v telo resorbira iz želodca, ostalo iz tankega črevesa. Najvišja koncentracija se doseže v 30–90 minutah po zaužitju. Čas je odvisen od napolnjenosti želodca s hrano. V človeški krvi je po obroku brez alkoholnih pijač od 0,2 do 0,3 g alkohola na 1 kg krvi. Iz zaužitega sladkorja ga tvorijo črevesne bakterije. Po pitju brezalkoholnih pijač je koncentracija do 0,1 g/kg ali 2,2 mmol/l. Po obroku brez alkoholnih pijač se v človeški krvi lahko nahaja od

0,02 do 0,03 g/L alkohola. Po pitju brezalkoholnih pijač, ki vsebujejo veliko sladkorjev, lahko koncentracija alkohola poraste tudi do 0,1 g/L ali 2,2 mmol/L. Takšno količino alkohola je moč dobiti v telo tudi z vdihavanjem alkoholnih hlapov vinjenih ljudi, če so ti v istem prostoru. Ko je alkohol resorbiran v kri, se razporedi po telesu glede na topnost v posameznem organu. V telesnih tekočinah in izločkih je koncentracija alkohola višja za 2,1-krat (v alveolarnem zraku), 1,1-krat (likvorju), 1,15-krat (slini) ali 1,3-krat (urinu). Človekova oksidativna sposobnost razgradnje etanola je med 0,15 in 0,2 grama na liter krvi v uri oziroma približno 0,1 g/kg telesne teže na uro, kar predstavlja eno enoto na uro, oziroma 0,1–0,3 g/kg/h. Pri odvisnih od alkohola je hitrost presnove lahko večja tudi do dvakrat.

## Vpliv alkohola na možgane

Posledice se kažejo v vedenju, saj alkohol zavira delovanje možganov tako kot benzodiazepini in barbiturati. Vedenjske in fiziološke spremembe so odvisne od odmerka, posameznikovih dotedanjih izkušenj, zdravstvenega stanja in utrujenosti. Učinki alkohola se spreminjajo v odvisnosti od časa zaužitja, s tem da so izrazitejši, ko koncentracija v krvi narašča.

V nižjih koncentracijah sproščajo mišljenje, razsodnost in zadržanost, nakar z višanjem koncentracije vplivajo na koordinacijo gibov, pojavijo se znaki zastrupitve, potem zmedenost s stuporjem in končno s komo. Redni pivci dosega posamezne faze pri višjih koncentracijah kakor občasni uživalci.

## Zakon o nepravdnem postopku

Zakon o nepravdnem postopku (ZNP) določa pravila postopka, po katerih sodišče obravnava osebna stanja, družinska in premoženjska razmerja ter druge zadeve, za katere je s tem ali z drugim zakonom določeno, da se rešujejo v nepravdnem postopku. Tako ZNP vsebuje splošne določbe in posebne postopke, in sicer:

- postopke za ureditev osebnih stanj in družinskih razmerij;
- postopek za odvzem in vrnitev poslovne sposobnosti,
- postopek za podaljšanje in prenehanje podaljšanja roditeljske pravice,
- postopek za pridobitev popolne poslovne sposobnosti mladoletne osebe, ki je postala roditelj,
- postopek za odvzem in vrnitev roditeljske pravice,
- postopek za omejitev pravic staršev glede upravljanja z otrokovim premoženjem,

- postopke o razglasitvi pogrešancev za mrtve in dokazovanju smrti, določitvi odškodnine, cenitvi in prodaji stvari, stanovanjskih zadevah, ureditvi razmerij med solastniki, delitvi stvari in skupnega premoženja, ureditvi mej, dovolitvi nujne poti ter postopki z listinami in depoziti.

Izvedenska mnenja so večinoma potrebna v postopkih za ureditev osebnih stanj in družinskih razmerij in redko v ostalih.

### **Sprejem na zdravljenje brez privolitve**

Zakon o duševnem zdravju med drugim določa pravila postopka, po katerih sodišče obravnava zdravljenje osebe na oddelku pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice brez privolitve v primeru ogrožanja svojega ali življenja drugih ali hujšega ogrožanja svojega ali zdravja drugih ali povzročanja hude premoženjske škode kot posledice duševne motnje s hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovanja svojega ravnanje. V primeru sprejetja na varovani oddelek socialnovarstvenega zavoda je nujno, da je bolnišnično zdravljenje zaključeno oziroma ni potrebno. Vkolikor se oseba lahko ustrezno zdravi v domačem okolju, se lahko vključi v zdravljenje v nadzorovani obravnavi, če gre za osebo s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo, ki se je že zdravila proti volji.

### **Osnovni pojmi za razumevanje odvisnosti**

**Abstinenca:** stanje treznosti, ko posameznik ne uživa psihoaktivnih snovi oziroma se ne vede odvisniško.

**Zmerno uživanje:** subjektivna ocena, ki je delno pogojena tudi s socialno-kulturnimi navadami glede na količino in pogostnost uživanja psihoaktivne snovi.

**Kulturno pitje:** pitje alkoholnih pijač ob poznavanju alkoholnih pijač in povezano s hrano.

**Zdravju koristno uživanje:** priporočilo Svetovne zdravstvene organizacije je, naj se alkoholne pijače ne uživajo za izboljševanje zdravstvenega stanja, ostale psihoaktivne snovi pa sploh ne.

**Zloraba:** tvegano in/ali škodljivo uživanje psihoaktivne snovi v daljšem obdobju, da lahko že okvari zdravje.

**Hrepenenje:** močna želja po uživanju psihoaktivne snovi.

**Predoziranje:** namerno ali naključno zaužitje večje količine psihoaktivne snovi, kot je za posameznika običajno.

**Toleranca:** pojav, ko je za enak psihofizični učinek potrebno užiti večji odmerek psihoaktivne snovi kot

sicer. Toleranca se v zadnji fazi odvisnosti od psihoaktivne snovi prične zmanjševati.

**Zastrupitev:** kratkotrajni učinek po zaužitju prekomerne količine psihoaktivne snovi, ki lahko privede do življenjsko ogrožajočega stanja.

**Odvisnost:** izražena močna želja po uživanju, spremenjena toleranca, težave pri obvladovanju uživanja, vztrajanje kljub škodljivosti in zanemarjanje vsakodnevnih dejavnosti. Pri uživanju alkohola pa tudi, ko je ponavljajoče se uživanje izrazitejše, kot velja za socialno-kulturne navade okolice.

**Duševna odvisnost:** subjektivni občutek potrebe po uživanju psihoaktivne snovi, da se doseže pričakovani učinek

**Telesna odvisnost:** fiziološka prilagoditev organizma na uživanje psihoaktivne snovi, ki povzroči odtegnitveno stanje po kratki abstinenci. S ponovnim uživanjem psihoaktivne snovi znaki izginejo.

**Detoksikacija:** odstranitev psihoaktivne snovi iz telesa na varen način.

**Odtegnitveno stanje:** patofiziološko in/ali duševno stanje po nenadni prekinitvi uživanja alkoholnih pijač; odraža se s telesnimi in/ali duševnimi bolezenskimi znaki.

**Zdravljenje odvisnosti:** razjasnitev odvisnosti od psihoaktivne snovi in spreminjanje vedenjskih vzorcev, povezana z izobraževanjem.

**Nadaljevanje škodljivega uživanja:** ponovno uživanje psihoaktivne snovi po kratkotrajni abstinenci.

**Recidiv:** ponovno uživanje alkoholnih pijač, potem ko je posameznik začel z abstinenco in spremenil odvisniško vedenje za določen čas (dogovorno vsaj leto dni).

### **Diagnosticiranje**

Za diagnosticiranje bolezni v medicini uporabljamo mednarodno klasifikacijo bolezni. To je poseben šifrant z natančnimi opisi posameznih bolezni in s kriteriji, po katerih se ob klinični sliki, lahko podprti s preiskovalnimi metodami, odločamo o posamezni bolezni. Trenutno je v veljavi 10. revizija.

### **Odvisnost od psihoaktivnih snovi**

Odvisnost od psihoaktivnih snovi je skupek vedenjskih, kognitivnih in fizioloških fenomenov, ki se razvijejo po ponavljajočem se in dlje časa trajajočem uživanju psihoaktivnih snovi. Odvisen od psihoaktivnih snovi je tisti, ki je v zadnjem letu izpolnil vsaj tri od šestih simptomov: močna želja po uživanju alkohola, spremenjena toleranca (za dosego enakega učinka je potrebno užiti več psihoaktivne snovi kakor

prej oziroma enaka količina užite psihoaktivne snovi ima manjši/slabši učinek), večje posvečanje uživanju psihoaktivnih snovi ter zanemarjanje obveznosti in dejavnosti (družinske, poklicne ...), izguba kontrole uživanja psihoaktivnih snovi, odtegnitveno stanje pri prenehanju ali občutnem zmanjšanju uživanja psihoaktivnih snovi, vztrajanje pri uživanju psihoaktivnih snovi kljub že ugotovljenim škodljivim posledicam. Nihče ne razvije odvisnosti brez nekaj let trajajočega tveganega uživanja. Obstajata dve obliki odvisnosti: stalno uživanje (skoraj vsak dan) ali občasno (epizodično) – na primer le ob koncu tedna. Potek odvisnosti je lahko različen. Velikokrat napredujoče s postopnim razvojem telesnih obolenj (vnetje želodca in dvanajstnika, vnetje trebušna slinavke, hepatitis, jetrna ciroza; epilepsija, polinevropatija; anemija, okvara srca ...) in duševnih obolenj (tesnoba, depresija, psihoza ...). Pešati prične delovna uspešnost, sposobnost za učenje, spremenijo se partnerski odnos in odnosi v družini.

Odvisnost od psihoaktivnih snovi je sicer kronična duševna motnja, ki ko se enkrat razvije, traja vse življenje. Njen klinični znak je uživanje psihoaktivne in lahko tudi nezmožnost vzpostavitve abstinence. Ko se enkrat razvije, obstaja trajno, vendar je odvisno, ali je duševna motnja izražena ali ne. Vkolikor posameznik lahko vzdrži abstinenco (ne uživa psihoaktivnih snovi), se želja po uživanju premo sorazmerno s časom manjša in lahko po nekaj mesecih ali letih doseže stopnjo, kakor da ni bolan, vendar le do takrat, ko ponovno ne prične uživati psihoaktivnih snovi. Od takrat naprej je motnja ponovno izražena in odvisni ni zmožen več vzpostaviti abstinence za dalj kot nekaj dni ali tednov. Razen ponovno za daljše obdobje, ko se zazdravi oziroma spet prekine u uživanjem. Odvisnost je lahko prisotna tudi epizodično, odvisno od posameznika in poteka duševne motnje. Sočasno s ponovnim uživanjem psihoaktivne snovi se (ponovno) spremeni tudi vedenje, ki postane značilno za odvisnega od psihoaktivnih snovi. Sama diagnoza odvisnosti še ni dovolj, da bi bilo na njeni osnovi mogoče zaključevati ali sprejemati pravno pomembne zaključke. Šele zdravstvene posledice prekomernega uživanja psihoaktivnih snovi ali odvisnosti privedejo do psihopatoloških stanj, ki vplivajo na pojmovanje in vedenje posameznika. To so na primer halucinoze, organski psihosindrom, osebne spremembe, patološka ljubosumnost. Vsak odvisni ima obdobja, ko ni pod vplivom psihoaktivne snovi. Takrat sta njegova voljni in umski dela osebno v bistvu nedotaknjena ali neprizadeta ter se je

sposoben odločati med nadaljevanjem uživanja psihoaktivne snovi in iskanjem pomoči z zdravljenjem. Običajno so obdobja, ko niso pod vplivom psihoaktivne snovi, dovolj dolga oziroma lahko trajajo nekaj dni ali celo tednov. V teh primerih načeloma ni večjih dilem, vendar ... V klinični praksi je manjši del odvisnih, ki lahko abstiniirajo samo za kratek čas oziroma so praktično stalno pod vplivom psihoaktivnih snovi, a razen odvisnosti in trenutne zastrupitve (so pod vplivom psihoaktivne snovi) ni drugih zdravstvenih zapletov, zaradi katerih ne bi mogli skrbeti zase ali bi hudo škodovali svojemu zdravju, ko vsi podatki s strani socialnega okolja poročajo o nenavadnem vedenju, kaotičnem življenju, zanemarjanju obveznosti in nasilništvu. V teh primerih se je potrebno v veliki meri zanesti na podatke prič, poročanje socialnih in zdravstvenih služb ter izkustveno oceniti, ali se je odvisni še sposoben samostojno odločati ali ne in ali je sam sposoben živeti v domačem okolju. Jasno izdelanih in priporočenih smernic ni, a se je potrebno zanesti na iskanje posrednih znakov (vbdne rane pri uživalcih heroína, uplahnitev sluznic pri zlorabi kokaina ...), dokazovanje psihoaktivnih snovi v telesu, nezanesljivost v izpovedih in pomanjkanje spontanosti. V teh primerih je sodišču potrebno dovolj argumentirano predočiti tudi strokovno dilemo o nevidni, nejasni meji, ki je od izvedenca do izvedenca različna, saj so tudi strokovne ocene različne kljub enakim diagnostičnim kriterijem. Načelo zdravega razuma in zbirke čim večjega števila objektivnih podatkov o spremembah življenjskih navad obravnavanega je verjetno bolj smiselna kakor strogo vztrajanje pri teoretičnih izhodiščih. Predvsem pri odvisnih, ko je potrebno ocenjevati njihovo sposobnost roditeljskih pravic ali namestitve na varovani oddelek socialnovarstvenega zavoda.

### Škodljivo uživanje psihoaktivnih snovi

Za škodljivo uživanje psihoaktivnih snovi je značilen skupek vedenjskih, kognitivnih (spoznavnih) in fizioloških fenomenov, ki se razvijejo po ponavljajočem se in dlje časa trajajočem uživanju psihoaktivnih snovi. Prekomerno uživanje psihoaktivnih snovi je vzrok za telesno ali duševno gorje, neprimerno presojo ali neprimerno vedenje, ki lahko povzroči razkol ali ima neželene posledice v medosebnih odnosih.

Škodljivo uživanje psihoaktivnih snovi ni duševna motnja v ožjem pomenu, ampak je prehodno ali morda epizodično zdravstveno stanje (le kadar ima obdobje prekomernega uživanja psihoaktivnih snovi), ki pa lahko traja leta dolgo ali celo vse življenje.

Lahko se prevesi v zmerno uživanje ali abstinenco, torej stanje brez duševne motnje. Verjetnost, da se bo prevesila v odvisnost od psihoaktivnih snovi, je bistveno večja kakor pri osebi, ki zmerno uživa psihoaktivne snovi. Izražena je, kadar ima zaradi tega socialne nevšečnosti. Duševna motnja je vse manj izražena dalj kot traja abstinenca od alkohola. Diagnostika je pogosto težavna zaradi pomanjkanja objektivnih podatkov, saj preiskovani običajno zmanjšujejo pomen, pogostnost in posledice, podatki s strani bližnjih pa so odvisni od njihove dostopnosti in odnosa oziroma pričakovanj.

V nepravdnih postopkih je škodljivo uživanje psihoaktivnih snovi redko odločilnega pomena, ker je večinoma prehodna duševna motnja in v bistvu pomeni le odnos do uživanja psihoaktivne snovi.

Simptomatika škodljivega uživanja psihoaktivnih snovi ne dosega zakonskih kriterijev za zdravljenje proti volji na oddelkih pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice ali varovanem oddelku socialnovarstvenega zavoda.

### Zastrupitev s psihoaktivnimi snovmi

Zastrupitev: klinični znaki so odvisni od koncentracije alkohola v krvi in posameznikovega zdravstvenega stanja. Pojav psihopatoloških simptomov je pomembnejši od koncentracije alkohola v krvi, predvsem zaradi velikih razlik v odpornosti posameznikov na alkohol, posebno pri odvisnih od alkohola. Z naraščanjem vinjenosti se pojavljajo zvišano razpoloženje, sproščenost, zmanjšana razsodnost, bojevitost, škodljivo socialno in poklicno delovanje, čustvena labilnost, okvara višjih možganskih funkcij, zmanjšana pozornost, nerazločen govor, motnje gibanja, nezanesljiva stoja, nistagmus in hujše motenosti zavesti ali celo izguba zavesti. Možno je tudi prehodno stanje izgube spomina po močnem pitju (»trganje filma«, black out). Patološki opoj lahko povzroči že majhna količina alkohola, ki se kaže s hudo impulzivnostjo, nasilnim ali samomorilnim vedenjem. Vzrok še ni pojasnjen, a so dejavniki tveganja pogosto posledice poškodbe glave, preutrujenost ali sočasna uporaba drugih psihoaktivnih snovi. Zastrupitev je neposredno povezana z akutnimi farmakološkimi učinki alkohola, ki se s časom izgubijo.

Zastrupitev je prehodno stanje, ki potem, ko se psihoaktivna snov razgradi, nima več učinka. V času zastrupitve je možen pojav psihotičnih simptomov, a so ti le prehodni in vplivajo na posameznikov funkcioniranje samo v omejenem času večinoma nekaj ur. Zastrupitev sama ni razlog za zdravljenje na

oddelkih pod posebnim nadzorom. Šele pridruženi simptomi ali motnje, na primer samomorilnost, agresivno vedenje, psihotični simptomi, so razlog za sprejem proti volji, ki pa ob prenehanju učinka psihoaktivne snovi oziroma streznitvi tudi niso več izpolnjeni, torej so kratkotrajni. Velikokrat zakonsko določeni pogoji za pridržanje že izzvenijo do prihoda sodišča.

### Odtegnitvene posledice

Odtegnitveni znaki se razvijejo po popolnem prenehanju ali izrazitem zmanjšanju uživanja psihoaktivnih snovi pri ljudeh, ki so dalj časa uživali prevelike količine psihoaktivnih snovi. Pojavijo se znaki pretirane vzdražnosti avtonomnega živčnega sistema, kot so tresenje rok, nespečnost, znojenje, zvišan krvni pritisk, pospešeno bitje srca in tesnoba. Znaki se prično razvijati nekaj ur ali dni po zadnjem užitju in lahko trajajo nekaj dni do nekaj tednov, odvisno od vrste psihoaktivne snovi. Lahko se jim pridružijo zapleti, kot so nemir, prividi, prisluhi ali halucinacije telesnega občutka. Lahko pa tudi veliki božjastni napadi.

Alkoholni bledež je hujša duševna motnja, ko se opisanim znakom pridružijo še motnje zavesti, časovna in/ali krajevna neorientiranost, okrnjen svež spomin, izsušenost in zvišana telesna temperatura. Alkoholni bledež je najtežje stanje pri odvisnih od alkohola. Kadar se pojavi, se pojavi 3 do 4 dni po prenehanju pitja, lahko tudi prej in traja do tedna dni.

Odtegnitvene posledice so prehodna duševna stanja, ki lahko trajajo nekaj dni do nekaj tednov, odvisno od vrste psihoaktivne snovi, časa zlorabe in količine, ki jo je posameznik užival. Čas odtegnitvenih posledic je prekratek, da bi bilo sodišču možno predlagati ukrepe. Izjemoma, v kolikor se postopek za odvzem poslovne sposobnosti sproži po kazenskem postopku, v katerem je posameznik bil neprišteven. V kolikor je mnenje potrebno podati po zaključenem zdravljenju, preiskovani abstinira in nima drugih znakov duševnih motenj, ni razlogov za odvzem opravilne sposobnosti. V kolikor pa se postopek sproži še v času zdravljenja oziroma izvajanja ukrepa, je odvzem odvisen od odnosa posameznika do psihoaktivnih snovi, zdravljenja in uspešnosti zdravljenja. Zakonodajalec pa daje tudi možnost odloga do leta dni, v kolikor se zdravi, kar je smiselno uporabiti v primeru nejasnih odzivov na zdravljenje.

Stopnje odtegnitvenih simptomov ni mogoče napovedati, predvsem nastanka hujših oblik, pri katerih se razvije zmedenost, agresija, preganjavica,

prividi, prisluhi, konvulzivni (epileptičnim napadom podobni) simptomi, izsušenost, nemir, ki resno ogrožajo zdravstveno stanje ali so celo smrtno nevarni. Odtegnitveni simptomi se običajno umirijo v dveh tednih, redko trajajo dalj časa, in s tem življenjsko nevarna stanja, ki zahtevajo stalen nadzor zaradi nevarnosti poškodb, izsušitve, odpovedi delovanja srca, nekontroliranega beganja, neumorne aktivnosti do izčrpanja itd. in ustrezno zdravljenje. Zato je najprimernejši rok za pridržanje na oddelku pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice dva do tri tedne.

### **Psihotična motnja pri odvisnosti od psihoaktivnih snovi**

Psihotičnimi fenomeni, ki se lahko pojavijo v obdobju uživanja psihoaktivnih snovi ali po njem, vendar niso samo sestavni del akutne intoksikacije ali odtegnitvenega stanja, ampak presegajo časovne okvirje teh dveh stanj. Najpogosteje se pojavijo halucinacije (slušne, pogosto na več kot enem področju), zaznavna izkrivljenja, blodnje (ljubosumnostne, nanašalne in zasledovalne), huda vzburjenja ali stupor ter čustvena stanja od hude prestrašenosti do ekstatičnosti. Zavest je pri psihotičnih motnjah običajno jasna, zelo redko nastopijo določene stopnje zamegljenosti zavesti, a ne huda zmedenost. Pogosto se pojavljajo pri posameznikih, ki so izrazito uživali psihoaktivne snovi več let.

Psihotični simptomi so lahko del zastrupitve ali odtegnitvenih simptomov. Vkolikor so samo v teh stanjih, v bistvu ne vplivajo na sposobnosti glede opravilne sposobnosti, lahko pa pomembno vplivajo na roditeljsko sposobnost, vendar le, kadar so pogosti, kar je v praksi redko. Lahko pa zloraba psihoaktivnih snovi vodi v trajne oblike psihoz. Pri odvisnih od alkohola najpogosteje v obliki ljubosumnostne blodnjavosti, pri ostalih pa od bolezenske preganjavice do različnih oblik psihoz, ki jih v njihovi klinični sliki v veliki meri ni mogoče ločiti od shizofrenskih psihoz. Psihotični simptomi pogosto izzvenijo z abstinenco in so kot prehodno duševno stanje, a ne zmeraj. Lahko so trajni kljub abstinenci od psihoaktivnih snovi. Tudi ob tem, da izzvenijo, pa se ob ponovnem uživanju psihoaktivnih snovi ponovijo. Zanesljivih metod za nadzor abstinence ni. V veliki meri si je potrebno pomagati s podatki svojcev, socialnih služb, zdravstvene dokumentacije in posrednih znakov za uživanje (neiskrenost, sprememba vedenja, vbodne rane, embalaža ...). Pri odvisnosti od alkohola si je mogoče pomagati z označevalci (vkolikor so na voljo) v obliki laboratorijskih

krvnih in urinskih preiskav, a pri ostalih psihoaktivnih snoveh ni bioloških posrednih znakov za ugotavljanje njihove zlorabe. Na razpolago so urinski testi, s katerimi pa je mogoče dokazovati uživanje in vpliv psihoaktivnih snovi za največ tri dni nazaj, razen za kanabis tudi do treh tednov, odvisno od intenzivnosti uživanja. Vkolikor psihotične simptomatike ni mogoče pozdraviti ali je bila razlog za neprištevnost v kazenskem postopku, lahko vpliva na voljno sfero. Vendar je ob zanesljivi (in dokazani) abstinenci verjetna tudi omilitev simptomov ter s tem prenehanje vzrokov za odvzem opravilne ali roditeljske sposobnosti.

Stik z realnostjo je v času psihotičnih epizod izkrivljen ali porušen. Posameznik je prepričan o resničnosti neresničnega, ki ja zanj bolj resnična od resničnosti same. Tem bolezensko spremenjenim vsebinam se povsem podredi in se vede v skladu z njimi. Potek akutnega zdravljenja je nepredvidljiv. Lahko se povsem umiri z vzpostavitvijo abstinence v nekaj dneh, a je bolj pogosto potrebna pomoč z zdravili (antipsihotiki). Na ustrezen učinek je v slednjem primeru potrebno počakati tudi mesec dni ali več ob predpogoju, da se pri posamezniku niso razvili hujši neželeni učinki zdravil in je potrebno antipsihotik zamenjati. V tem primeru se čas zdravljenja podaljša. Učinkovitega testa ali načina določitve ustreznega zdravila za posameznika pa ni. Tako je najprimernejši rok za pridržanje na oddelku pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice okrog meseca dni, vkolikor pa je duševna motnja odporna na učinek zdravil oziroma je napredovala do meje praktične neozdravljivosti, je primeren maksimalen rok pridržanja v socialnovarstveni ustanovi.

### **Kronični alkoholni možganski sindrom**

Kronični alkoholni možganski sindrom je motnja, pri kateri spremembe kognicije, čustvovanja, osebnosti in vedenja, ki jih povzroča alkohol, trajajo še prek obdobja, v katerem domnevno neposredni učinek alkohola še lahko deluje. Motnja je primarna, kot pri boleznih, poškodbah ali okvarah, ki možgane prizadenejo neposredno in selektivno. Pri tej motnji propadejo številne pomembne povezave med posameznimi predeli možganov, okvare so načeloma nepopravljive, a se nekaj mesecev po vzpostavitvi abstinence simptomi lahko omilijo.

Klinično je kronični alkoholni možganski sindrom predhodnica demence in tako jo je potrebno tudi obravnavati. Umske in osebnostne spremembe posameznika sicer ovirajo v vsakodnevem življenju, ko



tudi lahko že potrebuje pomoč drugih, a so redko tako izrazite, da bi opravičevale odvzem opravilne sposobnosti. Vendar pa odvisni v tej fazi večinoma ni več sposoben, da bi se aktivno vključil v program zdravljenja odvisnosti, tako da so terapevtske možnosti zelo omejene. Nadzor nad uživanjem ali boljše abstinenco je potrebno zagotoviti s socialnimi in družinskimi ukrepi, najbolj v obliki preprečevanja dostopa do alkohola.

V bistvu kronični alkoholni možganski sindrom ni ozdravljiv, z vzpostavitvijo in predvsem vzdrževanjem abstinence je sicer mogoče pričakovati delno izboljšanje, ki pa ni bistveno. Pogosto pa upad umskih sposobnosti in sprememba osebnostnih lastnosti posamezniku ne omogoča več, da bi se vključil v program zdravljenja, ne zmore sam ali ob pomoči abstinirati in pod vplivom alkohola ali vinjen (zastropitev) s svojim vedenjem ogroža sebe ali druge. Primeri so običajno redki, a v tem primeru zahtevajo varovanje na varovanih oddelkih socialno-varstvenih zavodov. Edini način, da se jih zaščiti, je izključno fizična ovira, da ne pridejo v stik z alkoholom. Pri oceni pa je potrebno imeti obširno in verodostojno poročilo socialne ali zdravstvene službe, ki pa je v praksi velikokrat pomanjkljiva ali pa je sploh ni.

### **Alkoholna demenca**

Demenca je sindrom, kjer gre za motnjo več kognitivnih funkcij, vključno s spominom, mišljenjem, orientacijo, razumevanjem, računskimi zmožnostmi, učnimi sposobnostmi, govornim izražanjem in presojo. Zavedanje ni zamegljeno. Opešanje kognitivne funkcije lahko spremlja še zmanjšanje sposobnosti za obvladovanje čustev, socialnega vedenja ali motivacije.

Vkolikor se vzpostavi trajna abstinenca od alkohola ob že razviti demenci, je mogoče pričakovati malenkostno izboljšanje umskih sposobnosti, vendar ne več do bistvenega izboljšanja. Klinični znaki so običajno jasni, a je potrebnih dovolj podatkov iz socialnega okolja o funkcioniranju posameznika. Dobrodošel pripomoček je kliničnopsihološki pregled zaradi objektivizacije upada umskih sposobnosti. Potek upadanja umskih sposobnosti ni premočrten po vseh kognitivnih funkcijah, saj so določene funkcije lahko bolj okvarjene kakor druge. Potreben je

natančen pregled s klinično oceno spominskih funkcij, povezovanja, logičnega sklepanja, predvidevanja, učenja in načrtovanja.

V napredovali fazi, ko zaradi neorientiranosti in upada predvsem kratkoročnega ter delovnega spomina obstaja nevarnost nekontroliranega tavanja brez prepoznavanja nevarnosti in brez zmožnosti, da bi odvisni poskrbel za najnujnejše, je potrebna dolgoročna nastanitev na varovani oddelek doma upokojencev ali v primeru nemira oziroma telesnih zapletov na oddelek pod posebnim nadzorom psihiatrične v bolnišnice.

### **Amnestični sindrom (Sindrom Korsakov)**

Stanje je povezano z izrazito prizadetostjo svežega in odmaknjenega spomina. Navadno je ohranjeno neposredno spominjanje, pri čemer je sveži spomin bistveno huje moten kot odmaknjeni. Kaže se kot očitna motnja občutka za čas in zaporedje dogodkov ter kot težave pri učenju nove snovi. Konfabuliranje (vrievanje podobnih ali izmišljenih podatkov) je lahko izrazito, ni pa vedno prisotno. Druge kognitivne funkcije so navadno relativno dobro ohranjene.

Amnestični sindrom je običajno trajno stanje, ki se ne popravi in večinoma prizadene umsko in voljno sfero, do mere, ko je potrebna zaščita z odvzemanjem opravilne sposobnosti. Odvisni je tudi povsem odvisen od okolja.

### **Zaključek**

Pri ocenah zdravstvenih stanj v nepravdnih postopkih je za postavitev diagnoze ob že obstoječi zdravstveni dokumentaciji ključen psihiatrični pregled odvisnega, a za podajo mnenja je enako pomembna dodatna zdravstvena dokumentacija, dokumentacija socialnih služb, objektivni podatki svojcev in bližnjih. Če je v nepravdnih postopkih dovolj časa za pridobitev slednjih, pa je bistveno težje v primerih po zakonu o duševnem zdravju, ko v treh dneh praktično ni mogoče pridobiti ničesar, še manj pa v primerih narokov v psihiatričnih bolnišnicah ob akutnih primerih. Očitno se zakonodajalec zanaša na iznajdljivost in uporabo načela zdravega razuma izvedencev in sodnikov.

### **Literatura**

1. Uradni list SRS, št. 30/86 in 20/88 - popr.
2. Uradni list RS, št. 87/02 SPZ in 77/08 ZDZdr.
3. Čebašek - Travnik Z. Zloraba in odvisnost od psihoaktivnih drog. In: Tomori M., Ziherl S. Psihiatrija. Ljubljana: Litera picta, Medicinska fakulteta.
4. Šešok J, Sedlak S, Simončič D. Poraba alkohola in kazalci škodljive rabe alkohola v Sloveniji v letu 2004 (elektronski vir). Inštitut za varovanja zdravja RS, Ljubljana.
5. Kaplan HI, Sadock BJ. Alcohol related disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry. 8th ed. Philadelphia: Williams and Wilkins.
6. Gelder M, R Mayou, J Geddes: Psychiatry second edition; Oxford University Press.
7. Nedopil N, Mueller JL. Forensische Psychiatrie. Thieme Verlag.

# ***Psihiatrično izvedenstvo in ocena posledic uživanja alkohola in drugih psihoaktivnih snovi v družini***

---

**Martina Tomori**

Korespondenca:

prof. dr. Martina Tomori, dr.med., specialistka psihiatrije, specialistka otroške in mladostniške psihiatrije  
Zaslužna profesorica Univerze v Ljubljani  
E-naslov: [tomori.martina@gmail.com](mailto:tomori.martina@gmail.com)

---

Psihiatri se s posledicami, ki jih povzroča uživanje alkohola in drugih psihoaktivnih snovi v družini, vsak dan srečujemo pri svojem kliničnem delu. Z njimi se soočamo že v osnovni diagnostiki duševnih motenj, ko proučujemo dejavnike tveganja za duševno zdravje že od zgodnjih obdobjih razvoja in osebno-stnega oblikovanja naših pacientov, še posebno pozorno pa ocenjujemo prepletenost možne škodljive rabe in odvisnosti od psihoaktivnih snovi in drugih psihopatoloških vsebin. Tudi celostnega zdravljenja duševnih motenj, povezanih z uživanjem psihoaktivnih snovi, ne moremo izvajati zares učinkovito, če v obravnavi posameznega odvisnika ne upoštevamo dejavnikov, povezanih z družino in če v zdravljenju odvisnika bolj ali manj neposredno ne vključujemo tudi članov njegove družine.

V proučevanje škodljivih vplivov uživanja alkohola in psihoaktivnih snovi je usmerjenih tudi sorazmerno veliko raziskav. V teh se z medicinskimi vsebinami te teme smiselno povezujejo tudi sociološki vidiki, vse bolj usmerjeno pa tudi dognanja nevroznanosti. Slednja ne izključujejo pomena človekove biološke odzivnosti na zunanje, tudi družinske varovalne in rizične vplive, ampak to povezanost celo potrjujejo ter opozarjajo nanjo.

Tudi delo izvedenca psihiatrične stroke, ki mora sodišču dati odgovore na vprašanja, povezana z duševnim zdravjem osebe, s te ali one strani vključene v sodni postopek, je v povezavi z uživanjem alkohola in drog nujno usmerjeno tudi v vse možne vplive tega uživanja ne le na posameznika, ampak tudi na družino preiskovane osebe.

Najbolj usmerjena in neposredna je ocena posledic uživanja alkohola in drog sestavni del izvedenskega dela v kazenskih postopkih, ki obravnavajo nasilje v družini (191. člen KZ-1) in zanemarjanje mladoletne osebe in surovo ravnanje (192. člen KZ-1) ter v pravnih postopkih, v katerih je potrebno oceniti sposobnosti za starševstvo pri osebah, pri katerih je podana problematika odvisnosti od alkohola in/ali drugih psihoaktivnih snovi, ko gre za vprašanje zaupanja otroka v varstvo, vzgojo in oskrbo ter za določitev stikov.

### **Nasilje v družini**

Učinek zaužitega alkohola ne vtopi le skrbi in v potrtih srcih up budi, ampak skrbi tudi prinaša in upanja zmanjšuje. Tudi s tem, ko povečuje možnost nasilnega vedenja tako zaradi zmanjšanja učinkovitosti inhibitornih mehanizmov, pomembnih za samonadzor in vzdrževanje človekovega obnašanja tostran dopustnega in neškodljivega zanj in za druge, kot

zaradi šibkejše zmožnosti presoje ter spremenjenega doživljanja sebe in drugih ljudi.

Nasilje v družini ima veliko podob. Telesno nasilje je le ena od njih. Pogosto ga spremljajo tudi različne oblike psihološkega nasilja (grožnje, poniževanje, žalitve, razvrednotenje, nadzorovanje in drugi posegi v osebno avtonomijo žrtve), pa tudi ekonomskega nasilja, ki ne omejuje le osnovne kakovosti življenja, ampak žrtev nasilja tudi ponižuje (1). V številnih primerih, kjer realnost telesnega nasilja priključuje vso pozornost socialnega in pravosodnega sistema, pa lahko ostane v senci huda travmatiziranost žrtve zaradi sočasnega spolnega nasilja. Med razlogi za to je tudi dejstvo, da o tej vrsti nasilja sama žrtev zelo težko spregovori. Vedenje alkoholiziranega nasilneža pa je marsikdaj še dosti bolj ogrožajoče za duševno ravnovesje žrtve in njeno osebno dostojanstvo, saj učinek alkohola, poleg spodbujanja neposrednega izpolnjevanja lastne želje ali potrebe, otopi tudi občutek za čustva in osebno intimno avtonomijo druge osebe.

Nasilno vedenje enega člana družine ne ogroža le telesne integritete tistega, proti kateremu je nasilje usmerjeno, ampak pomembno in daljnoročno spreminja celotno družinsko dinamiko in življenjsko realnost vseh družinskih članov. Ob tem se še posebno jasno potrdi eno od temeljnih načel družinske dinamike, ki poudarja, da se vsaka sprememba pri enem članu družinske skupnosti na svoj poseben način odrazi tudi pri vseh drugih članih. Že eno samo nasilno dejanje lahko zapusti resno telesno in duševno škodo, nasilno vedenje, ki postane slog družinskega dogajanja, vzpostavljanja moči na eni in ogroženosti na drugi strani, pa lahko tudi za vedno pusti sledi v celotni funkcionalnosti družine, v odnosih med družinskimi člani, v medsebojni razporeditvi njihovih vlog, v njihovi samopodobi in celotnem osebnotnem oblikovanju vsakega od njih. Rane, ki se odpirajo v družini, se celijo najtežje (2), saj se v družini zastavi človekovo pojmovanje sveta, sebe in vseh drugih ljudi, razvijajo se občutki lastne vrednosti in sposobnosti za obvladovanje preizkušenj, ki jih prinaša življenje tudi zunaj družine.

V pojavljanje nasilja v družini so vključeni vsi, ki to družino sestavljajo. V sodnih postopkih pa posvečamo pozornost – žal pogosto tudi medicinski izvedenci – predvsem enemu: največkrat nasilnežu, manjkrat žrtvi nasilja, še redkeje tistim, ki so ob tem posredno, a zato nič manj resno prizadeti. Čeprav so vloge v vsakem nasilnem dogajanju prepletene, pa se je pri proučevanju in oceni nasilja v družini potrebno poglobiti v vse strani tega pojava.

Storilec oziroma izvajalec družinskega nasilja Nasilno vedenje je v marsičem tesno povezano z osebnostnimi značilnostmi nasilneža. Tudi ko proučujemo in ocenjujemo nasilno vedenje, povezano z učinkom alkohola, te povezanosti ne smemo zanemariti in tako ostati le pri konkretnem vprašanju učinka alkohola v določeni koncentraciji v času nasilnega dejanja. Ta ocena daje sicer res občutek objektivnosti in s tem neke gotovosti, ne more pa zadoščati za celotno razumevanje nasilnega dejanja. Da se tudi sodniki, ki odredajo izdelavo izvedenskega mnenja, zavedajo, da potrebujejo za svoje odločitve še kaj več, kot jim lahko pove rezultat alkoholometrične analize, kaže vprašanje v odredbi, ki zahteva opis in oceno osebnostnih značilnosti osebe, obdolžene dejanja z elementi nasilja. Da sodniki pogosto upoštevajo tudi pomen družinske dinamike in recipročnosti medosebnih odnosov se – največkrat v bolj kompleksnih ali drugače zapletenih primerih družinskega nasilja – vse pogosteje pokaže z vprašanji v odredbi, ki so usmerjena v družinske odnose ali celo v osebnostne značilnosti žrtev tega nasilja.

Mogoče preveč poenostavljen primer pomena osebnostnih značilnosti storilca nasilnega dejanja v družini je primerjava med nasilnim obnašanjem disocialno osebnostno motene osebe in nasiljem osebe s čustveno neuravnovešeno osebnostno motnjo. Učinek alkohola je seveda lahko »spodbujevalen« pri obeh. Nasilje prvega storilca izhaja iz njegovega utrjenega sovražnega pojmovanja žrtve, občutja nadvlade in pravice (ter potrebe) moči nad njo, pomanjkanja občutka za čustva žrtve ali celo želje po tem, da jo čim bolj prizadene, poniža in si jo s tem podredi. Disocialno osebnostno moteni nasilnež pripisuje razlog za svoje vedenje žrtvi, zato tudi nima občutka krivde. Način izvajanja nasilja po navadi s telesnim nasiljem združuje tudi psihološko nadvladovanje. Storilec s čustveno neuravnovešeno osebnostno motnjo ravna nasilno pod vplivom svojega trenutnega intenzivnega emocionalnega stanja, njegovo nasilno dejanje je običajno neposredno in impulzivno ter izhaja iz neke njegove osebne prizadetosti (tudi morda nerealne in objektivno neupravičene). Njegovemu dejanju sledijo občutki krivde in obžalovanja, tudi opravičevanja in zagotavljanja, da se dejanje sploh nikoli več ne bo ponovilo (kljub izkušnji, da se venomer ponavlja). Nasilnež se zaradi svojega dejanja počuti slabega in se (nekaj časa) odkupuje zanj. Izvajalca nasilja s temi lastnostmi družinski člani običajno opisujejo »ko je trezen, je pa tako dober«... Kakor koli je že dejanje pri obeh storilcih povezano

z učinkom alkohola, morda celo v primerljivi koncentraciji, pa motiviranosti za nasilje in globljih vzrokov zanj le ne moremo povsem enačiti. Če se že ta različnost ne kaže v izidu sodnega postopka, pa je zato pomembna pri oceni možnosti in načina preprečevanja ponavljanja tovrstnih kaznivih dejanj pri konkretnem storilcu.

#### Drugi člani družine

Družinsko nasilje ni dogodek, ampak proces (3). Dogajanja, ki privedejo do družinskega nasilja, se zastavljajo že veliko prej in bistveno širše kot v nekem aktualnem in posamičnem konfliktu. To velja tudi za nasilna dejanja, ki jih je olajšal, spodbudil ali celo omogočil alkohol. Raziskave kažejo, da je nasilno vedenje v družini – tudi ko je to storjeno pod vplivom alkohola – pogostejše pri osebah, ki so bile tudi same v svoji izvorni družini deležne nasilja in prikrajšane ali kako drugače označene z alkoholno problematiko svojih staršev (4). Tega dejstva ne smemo poenostavljati s predstavo, da gre le za posnemanje nasilnih vzorcev vedenja.

Alkohol in nasilje v družini povečujeta možnost razvoja nasilnega vedenja in zlorabe alkohola (poleg genetskih) tudi na druge načine. Te razlagajo tudi študije osebnostnega razvoja otrok in mladostnikov, ki odraščajo ob starših, odvisnih od alkohola (5). Otroci v družini, ki je disfunkcionalna tudi zaradi neresenga alkoholnega problema, so največkrat vključeni v izrazito motene družinske odnose (6). Ob neustreznih bivalnih in splošnih življenjskih razmerah so tudi stigmatizirani s strani okolja. V družini jim odrasli delegirajo neustrezne vloge (zaščitnika žrtve, sodelavca nasilneža, strelovoda za odvajanje družinske napetosti, razloga za partnerske spore, nadomestnega partnerja ...). Možnost razvoja čustvenih in vedenjskih motenj je pri njih velika, sprejemljivost za zgodnje uživanje psihoaktivnih snovi večja zaradi nizkega samospoštovanja, visoke ravni tesnobe, nezaupanja vase in v druge ljudi, socialne nesprenosti in nesprenosti s strani vrstnikov ter občutij praznine, ki je ni zapolnila družina z nudenjem varne navezave in funkcionalnimi vzorci za obvladovanje življenjskih preizkušenj in stresov (2, 7).

Pri proučevanju družine, v kateri se ponavlja nasilje alkoholiziranega člana, nas pogosto prav preseneti visoka toleranca za takšna vedenja pri žrtvah družinskega nasilja, posebno pri partnerju/partnerki nasilneža. Ta tolerantnost nasilje vzdržuje, ga celo stopnjuje in z zaničanjem ter prikrievanjem navzven še zmanjšuje možnosti, da bi v družinsko disfunkcijo posegel

kakršen koli zunanji (socialni, policijski, sodni ...) sistem. Ta »odpor do odpora« nasilju ima lahko različne razloge. V naši kulturi je eden od najpogostejših vzrokov za pristajanje na nasilje predstava, da »tako pač mora biti«. Ta izhaja iz tradicionalno utrjenih vzorcev razporeditve moči v družini in (ne)pravice do zdrave osebne uveljavitve, ali pa iz pridružene bojzani pred socialno označenostjo. Pri nekaterih članih družine, tako partnerju/partnerki kot otrocih nasilneža, vodijo v pristajanje osebnostne lastnosti in naravnosti žrtev, kot so občutja lastne nevrednosti, težnja po samokaznovanju, prevzemanje vloge žrtve in trpečega kot nekakšna samopotrditev. Pri večini pa gre za strah pred neko izgubo – izgubo možnosti preživetja, statusa, skrbništva otrok (neredko zagrožene s strani nasilneža), izgubo samospoštovanja (3).

Poleg pristajajočega partnerja/partnerke so kot žrtve družinskega nasilja posebno rizični otroci, ki so zaradi svoje posebne odvisnosti od družine bolj ranljivi: otroci z motnjami v razvoju, telesno bolni ali izrazito šibki otroci, otroci, ki so posebno tesno povezani z nenasilnim staršem. Ne smemo pa spregledati povečane ogroženosti družinskega nasilja tudi nad odraslimi člani družine, ki so nemočni na primer zaradi starosti ali bolezni.

### **Zanemarjanje mladoletne osebe in surovo ravnanje**

Starševske zadolžitve, ki so pogoj za zdrav celosten razvoj otrok, so pravzaprav zelo široke. Segajo na področje izpolnjevanja telesnih potreb otroka (zagotovljena zdrava prehrana, primerne bivalne razmere, redna zdravstvena in zobozdravstvena oskrba, možnost udobnega počitka in dejavne zdrave sprostitve ...), dejavno spodbujanje razvoja spretnosti in sposobnosti, širjenje znanj, pomoč in spodbude pri šolanju, socializacija, učenje obvladovanja različnih stresov in obremenitev. Ravnanja staršev morajo biti zanesljiva, primerno strukturirana, redna, vztrajna in občutljivo prilagojena zrelostni ravni otrok in njihovi naravi. Tako uživanje alkohola kot drugih psihoaktivnih snovi vse te zadolžitve omejuje ali celo onemogoča. Opis otroka, ki hodi v šolo prepozno in neredno, utrujen od neprespanih noči zaradi hrupa ob prepirih staršev, z duhom po tobaku in nečistoči, neprimerno oblečen in obut, brez domačih nalog in šolskih potrebščin, zaprt vase, osamljen ali poudarjeno željan (neprimerne) samopotrditve, kar kliče po povezavi z alkoholizmom enega ali kar obeh staršev, največkrat tudi z njuno lastno vzgojno prikrajšanostjo. V ta sindrom običajno sodijo tudi nihanje staršev

pri strogosti in neutrezno, nepredvidljivo kaznovanje, čustveno zanemarjanje in pomanjkanje posluha za čustvene potrebe otrok ter neodzivnost na otroške stiske.

V družinah, kjer je prisotno surovo ravnanje s telesno kaznijo, zastraševanjem in grožnjami s strani enega starša, bi bilo drugemu največkrat mogoče očitati zanemarjanje otrok. Saj sodi med starševske zadolžive tudi zaščita in obvarovanje otrok pred vsemi načini travmatizacije.

V svoji izvedenski praksi sem morala z oceno zanemarjenosti mladoletnih oseb v družini izdelati več izvedenjskih mnenj, kot bi bilo pričakovati zanemarnjenih otrok v sorazmerno razviti državi s solidno socialno službo, skoraj dovolj usposabljanim pedagoškim kadrom in v resnici dobrimi možnostmi za širjenje znanj o razvojnih in osebnih potrebah odrasajočih. Nisem delala statističnih ocen obravnavanih primerov, imam pa dokaj zanesljiv vtis, da je v sodnem postopku zaradi zanemarjanja otrok obdolženih več mater kot očetov – kot da očetova dejavna vloga in njegovo vsestransko vključevanje v razvoj otroka nista pomembna ali pa kot da smo za starševsko pasivnost in neizpolnjevanje starševskih zadolžitev pri očetih manj občutljivi kot pri materah (8). Pri izraziti večini mater, ki jim je očitano to kaznivo dejanje, je prisoten nerazrešen alkoholni problem. Zloraba in odvisnost od nedovoljenih drog pa sta prisotna pri približno enakemu deležu mater kot očetov. Niso redki tudi primeri, kjer je zanemarjanje otrok (tudi kdaj brez surovega ravnanja) posledica uživanja drog obeh staršev.

### **Psihiatrično izvedenstvo v družinskih zadevah, kjer je potrebno oceniti škodljiv vpliv uživanja alkohola in drugih psihoaktivnih snovi na starševstvo**

V sodnih postopkih, ki obravnavajo zaupanje otroka v varstvo, vzgojo in oskrbo enemu od staršev in določitev stikov s staršem, ki mu otrok ni dodeljen (oziroma z njim ne živi) vprašanje uživanja alkohola in /ali drugih psihoaktivnih snovi sploh ni redka tema, o kateri mora psihiatrični izvedenec podati svoj izvid in mnenje. Ob teh občutljivih vsebinah, ki navsezadnje vključujejo resno medicinsko diagnostiko, neposredno povezano še s prognozo optimalnega otrokovega nadaljnega razvoja, je razumljivo, da sodišče potrebuje za primerno presojo pomoč, ki temelji iz strokovnih znanj s področja otroške in odrasle psihiatrije. Pri izvedenskem delu v teh sodnih postopkih problematika zlorabe alkohola in drugih

psihoaktivnih snovi ne sme biti vzeta premalo resno. Zgodi se namreč, da je pri usmerjenosti na druge »parametre« primera (bivanjske možnosti, delovni turnus, oddaljenost službe staršev in šole otrok ...) nerešen alkoholizem ali odvisnostni problem tega ali onega starša spregledan in neupoštevani pri presoji in odločitvi. Ni pa tudi redko, da eden od staršev pri iskanju razlogov za (ne)dodelitev otroka očita drugemu staršu zasvojenost s psihoaktivnimi snovmi, ne da bi za to res obstajala stvarna podlaga.

Nobenega dvoma ni, da uživanje psihoaktivnih snovi otežuje ali tudi povsem onemogoča zdrav razvoj otrok (9, 10). To potrjuje delo z otroki, ki odraščajo ob starših, pri katerih ugotavljamo škodljivo uživanje ali pa tudi že odvisnost od psihoaktivnih snovi. Že akutna alkoholiziranost starša ali učinek zaužite droge lahko otroka resno ogrožata – oseba pod vplivom kemičnih snovi ne more zagotavljati niti osnovne varnosti otrok (pa ne gre le za prevažanje otroka z avtom v alkoholiziranem stanju ali opustitev nadzora nad otrokom, ki se igra blizu ceste ob tem, ko se eden od staršev z družbo sprošča ob prižganem jointu). Ob zabavi odraslih s kemičnimi pripomočki je tudi dobrodošel mir pred otrokom, ki se več tudi nočnih ur ukvarja z računalniškimi igrkami. Kaj šele, da bi starši, ki ne morejo brez psihoaktivnih opor, lahko izpolnjevali vse druge starševske dolžnosti. Vedenje starša, ki je pod vplivom psihoaktivnih snovi, otroka zelo zbega, ga spravlja v stisko in ga prestraši, pred drugimi se otrok starša tudi sramuje. Če se to vedenje ponavlja in je celo trajno, pa je njegovo duševno ravnovesje ogroženo še bolj,

energija, potrebna za razvoj, pa mu izgoreva v poizkusih neke osnovne notranje integriranosti. Od otrokove ravni zrelosti, od drugih oseb, ki prevzamejo skrb zanj in od vsebin ter trdnosti predhodnega odnosa med bolnim staršem in otrokom, je odvisno, kako intenziven in razdiralen bo vpliv starševe kemične odvisnosti na duševno stanje otroka.

Izvedenec mora v tovrstnih primerih otrokove ogroženosti v sklopu razširjene diagnostike oceniti realne možnosti zdravljenja starša, ki ima problem odvisnosti. V svojem izvidu mora tudi okvirno navesti način in trajanje potrebne zdravstvene obravnave. Ne sme in ne more pa posegati v motivacijski postopek, ki je pred tem zdravljenjem največkrat potreben.

Ob nerešeni problematiki uživanja alkohola in drugih psihoaktivnih snovi je otroku v korist in zaščito tudi začasna prekinitve stikov z odvisnim staršem. Trajanje te prekinitve pa je najbolj odvisno od pripravljenosti in sposobnosti odvisnika za nujne spremembe ter od dejavne in vztrajne angažiranosti pri spodbujanju starša k zdravljenju ter sodelovanje pri tem s strani tako oseb, ki so blizu otroku in staršu, osebnega zdravnika kot tudi pomoč svetovalnih ter socialnih služb v celotnem poteku zdravljenja.

Še po zaključku najbolj intenzivnega zdravljenja pa je pri staršu, ki spet vzpostavlja stik z otrokom, še v nadaljnjem poteku njegovega terapevtskega vodenja dovolj dolgo potrebno spremljati zagotovljenost njegove abstinence z ustreznimi testi. To morata tako sodišče kot odvisnik razumeti v povezavi z razumevanjem bolezni odvisnosti in kot nujno zaščito in zagotavljanje koristi za otroka.

**Literatura**

1. Langeland W, Hartgers C. Child sexual and physical abuse and alcoholism: A review. *Journal of Studies on Alcohol* 59(3): 336–348, 1998.
2. Tomori M. Personality characteristics of adolescents with alcoholic parents. *Adolescence*, 29 (4): 949–959, 1994.
3. Tomori M. Resisting resistance. Resisting abuse. Zbornik. Mednarodna konferenca o družinski terapiji, Bled, 2003: 2015–2018.
4. Harter SL, Taylor TL. Parental alcoholism, child abuse and adult adjustment. *Journal of Substance Abuse* 11 (1): 31–44, 2000.
5. Tomori M. Knjiga o družini. EWO. Ljubljana, 1994.
6. Kaufman J, Zigler D. Do abusive children become abusive parents? *American Journal of Orthopsychiatry* 57 (2): 186–192, 1987.
7. Widom CS. Problem behaviors in abused and neglected children: prevalence and co-occurrence of substance abuse, crime and violence. *Criminal Behavior and Mental Health*, 7 (4): 28–39, 2006.
8. Tomori M. Klic po očetu. Cankarjeva založba. Ljubljana, 1998.
9. Miller BA, Maguin E, Downs WR. Alcohol, drugs and violence in childrens' lives. In: Galanter M (ed.). *Recent developments in alcoholism*, vol. 13, New York: Plenum Press, 1997: 357–385.
10. Ammerman RT, Kolko DJ, Blackson TC, Dawes MA. Child abuse potential in parents with histories of substance abuse disorder. *Child Abuse and Neglect* 23 (12): 1225–1238, 1999.



# ***Vpliv akutnih intoksikacij in odvisnosti v presoji kazenske odgovornosti***

---

**Alja Kratovac**

Korespondenca:

Alja Kratovac

univerzitetna diplomirana pravnica, magistrica pravnih znanosti, doktorska kandidatka  
na Pravni fakulteti Univerze v Ljubljani

Okrožna sodnica na Okrožnem sodišču v Ljubljani

---

Ravnanja storilcev, ki so bili v času izvršitve kaznivega dejanja v stanju akutne intoksikacije, tj. pod vplivom alkohola ali psihoaktivnih snovi (PAS), te snovi zlorablajo ali so od njih odvisni, je teoretično moč obravnavati v različnih kazenskoopravnih institutih, ki imajo skupno izhodišče v presoji posameznikove kazenske odgovornosti oziroma krivde. Kazensko odgovornost vzpostavlja človekovo voljno ravnanje, svobodna volja. Oslabitev, zmanjšanje ali celo ukinitvev posameznikovega voljnega ravnanja ima relevantne kazenskoopravne posledice, saj lahko izključi ali omeji kazensko odgovornost.

Ker je razumevanje in obvladovanje ravnanj normativno definirano zgolj v institutu neprištevnosti, sodna praksa kaže, da se dvom o sposobnosti posameznika razumeti in obvladovati ravnanja preverja praviloma z uporabo instituta prištevnosti, čeprav se razumevanje in obvladovanje ravnanj nanaša na širši teoretični spekter. Vse to so ravnanja, ki jih je teoretično mogoče obravnavati v različnih institutih, nepovezano, čeprav gre življenjsko za povsem enako problematiko. Hafner tako pravi, da kazensko materialno pravo na problematiko (ne)svobode posameznikovega ravnanja lepi različne nalepke (na primer kazenskoopravno ravnanje, neprištevnost, olajševalna okoliščina). Kljub različni taksonomiji pa gre v ozadju za konceptualno enako problematiko, ki jo v filozofiji in drugih vedah običajno obravnavajo kot vprašanje svobodne volje.<sup>1</sup> Ker je sicer filozofsko in obče družboslovno enoten pojem voljnosti ravnanja v pravni doktrini razcepljen na več različnih institutov, se povsem primerljive slike subjektivnih kazenskih stanov cepijo na različne institute, normativno aplikacijo. Menim, da za to ni nobenega zares prepričljivega razloga, posledice pa se kažejo predvsem v neustrezni uporabi instituta neprištevnosti v praksi.

Splošno znano dejstvo je, da tako alkohol kot PAS relevantno vplivajo na razumevanje in obvladovanje ravnanj posameznika. Pri tem menim, da je uvodoma potrebno razlikovati med stanji akutne intoksikacije in stanji odvisnosti (in tudi škodljive rabe) od alkohola in PAS. Odvisnost od PAS in alkohola je najprej duševna motnja, ki pa ne pomeni vedno in nujno nerazumnih in neobvladanih dejanj. Odvisnost je najprej socialni problem, ki se v Sloveniji izrazito kriminalnopolitično barva, saj so odvisniki izstopajoča skupina storilcev kaznivih dejanj. Odvisnost je kriminalnopolitično povezana z izvrševanjem kaznivih dejanj. V ospredju s premoženjskimi kaznivi dejanji, s katerimi si odvisniki od

PAS pridobivajo sredstva za nakup zelo dragih prepovedanih drog, in kaznivimi dejanji z elementi nasilja, ki jih je statistično bolj pripisati odvisnikom od alkohola (ki je cenovno dostopen praktično vsakomur, žal tudi mladoletnikom s skromno žepnino). Stanja akutnih intoksikacij so raznovrstna in niso nujno povezana z odvisnostjo ali zlorabo PAS, gre namreč lahko za zgolj enkratno eksces posameznika, ki lahko da alkohola ali PAS običajno sploh ne uživa. Pojma odvisnost in akutna intoksikacija je zato potrebno v presoji kazenske odgovornosti ločevati. Pri tem menim, da zgolj dejstvo odvisnosti samo po sebi ne vzpostavlja potrebe po preverjanju razumevanja in obvladovanja ravnanj, prištevnosti. Na strani od alkohola ali PAS odvisnega storilca morajo biti podane neke dodatne okoliščine, ki vzpostavijo dvom o razumevanju in obvladovanju odvisnika v času kaznivega dejanja, na primer nerazumna reakcija, ravnanje, gibi, izrazi. Te dodatne okoliščine pa je praviloma pripisati bodisi enako akutni intoksikaciji ali odvisniški krizi. Stanja akutnih intoksikacij imajo povsem drugačno sliko in pojavnost, saj že v osnovi utemeljujejo dvom o razumnem in obvladanem ravnanju posameznika. Slednje prepričljivo razlaga semantika SSKJ-ja: intoksikacija je zastrupitev, vnos snovi, strupa, ki je zaradi svojih (kemičnih) sestavin organizmu zelo škodljiva ali smrtna. Alkohol in PAS zastrupljajo um, voljno ravnanje posameznika, zato se kazenskoopravno intoksikacija in odvisnost presojata v polju kazenske odgovornosti, krivde.

V slovenski sodni praksi se kazenska ravnanja pod vplivom alkohola ali PAS presojajo bodisi z uporabo:

- splošnega pravila o neprištevnosti: *»Ni prišteven storilec, ki ob storitvi protipravnega dejanja ni mogel razumeti pomena svojega dejanja ali ni mogel imeti v oblasti svojega ravnanja zaradi duševne motnje ali duševne manjrazvitosti.«* ali

- instituta actio libera in causa: *»Kriv je storilec kaznivega dejanja, ki si je z uporabo alkohola, drog, drugih psihoaktivnih snovi ali kako drugače sam povzročil neprištevnost, če je bila pred tem za kaznivo dejanje podana njegova krivda, ki jo zakon določa za to dejanje.«*

Zelo redki so primeri, ko bi sodišče v ravnanju akutno opitega ali »zadetega« storilca kaznivega dejanja ob ugotovitvi, da ta v času izvršitve kaznivega dejanja ni mogel razumeti svojega ravnanja, niti ga obvladovati, prepoznalo umanjkanje voljne komponente in odločilo, da sploh ne gre za kaznivo dejanje, v nasprotju z neprištevnostjo, ki izključuje zgolj krivdo. Na prvi pogled zgolj teoretično preigravanje med umanjkanjem voljnosti ravnanja in neprištevnostjo

<sup>1</sup> M. Hafner, nav. delo, str.71

pa vsebuje pomembno doktrinarno razliko, ki ima tudi povsem praktične posledice. Obstoj storilčevega voljnega ravnanja je predpogoj za presojo vseh ostalih elementov kaznivega dejanja. Hafner sicer zelo zahtevno (tudi neenotno) kontinentalno teorijo povzame v bistvu: »*Položaji, ko človek s svojo voljo ne more upravljati lastnega vedenja, ko je torej izključena predpostavka ravnanja, so v teoriji kazenskega materialnega prava povsem ločeni od situacij neprištevnosti, ko umanjkata zavestna ali voljna sestavina psihološkega kriterija prištevnosti, kar izključuje krivdo. Pri presoji kaznivega dejanja vselej najprej raziščemo predpostavko ravnanja (v zvezi z izpolnjenostjo biti inkriminacije), zatem protipravno, šele nato krivdo. To pomeni, da vedenje posameznika, pri katerem ne moremo govoriti o kazenskopravnem ravnanju, ne more biti niti protipravno niti ne moremo posamezniku glede tega očitati krivde. Nasprotno pa je ravnanje, ki izpolnjuje zakonski opis kaznivega dejanja in ga storilec izvrši v stanju neprištevnosti, še vedno protipravno, čeprav storilec zanj ni kriv.*«<sup>2</sup>

Kazenskopravnemu odpustku iz razloga neprištevnosti, ki je posledica akutne intoksikacije, moderni kazenskopravni sistemi niso naklonjeni. Francoski kazenski zakonik tega posebej niti ne ureja in je presoja prištevnosti v tem primeru prepuščena sodiščem. Komentar francoskega kazenskega zakonika<sup>3</sup> pojasni, da sodna praksa praviloma zavrača opitost kot razlog kazenskopravnega odpustka prav iz razloga prostovoljnosti posameznikove odločitve, da se upijani, pri čemer z vsakim kozarcem in postopoma razumsko zaznava vpliv opijanja. Celoveč, stanje očitne intoksikacije je v Franciji z novelo iz leta 2007 določena kot kvalificirana oblika kaznivega dejanja posilstva.<sup>4</sup> Podobno Angleži,<sup>5</sup> ki prostovoljni intoksikaciji izrecno odklanjajo pravico ugovora neprištevnosti. Obema sistemoma je skupno dejstvo, da se pri tem ne ukvarjata s tem, kaj je imel obdolženi v mislih, preden je zaužil alkohol, tj. ali je bila pri njem podana kakšna krivda do morebitnega izvrševanja kaznivega dejanja v stanju akutne intoksikacije (*kar je vsebina instituta actio libera in causa*). Zadostuje, da se je zavedal posledic intoksikacije, tj. predvsem v delu, ki se nanaša na izgubo racionalnega ravnanja oziroma sposobnosti obvladovanja. Akutna stanja po umnem in prostovoljnem zaužitju alkohola ali PAS po takem

razumevanju ne morejo utemeljevati neprištevnosti, kar je kriminalnopolitična odločitev in ne medicinska kategorizacija. Korošec ugotavlja, da se po Evropi omamljenost normativno vse bolj uveljavlja kot abstraktna ogrožitev, z nekakšnim konglomeratom logike objektivnega pogoja kaznivosti omamljenosti kot abstraktne ogrožitve in logike kvalificirnega kaznivega dejanja zaradi kombinacije z abstraktno ogrožitvijo.<sup>6</sup> Kkolj skozi zgodovinski in primerjalnopravni pregled predstavi, da se posamezni sistemi večinoma ne odločajo za krivdni odpustek iz razloga akutne intoksikacije. Praviloma so bili taki storilci odgovorni za posebno kaznivo dejanje »pijanosti« in ne kaznivo dejanje, ki so ga v stanju akutne intoksikacije izvršili.<sup>7</sup>

Menim, da je v Sloveniji pravnopolitična kazenska toleranca do akutnih intoksikacij, ki se uveljavlja skozi pravila o neprištevnosti in institut *actio libera in causa*, nesprejemljiva. Po vsebini gre v sodni praksi za tri tipične skupine kaznivih dejanj, kjer se intoksikacija kriminalnopolitično relevantno pojavlja, tj. v varnosti cestnega prometa, raznovrstnih oblikah nasilja in premoženjskih kaznivih dejanjih. V nasprotju z Anglijo in Francijo, kjer taki storilci pristanejo v zaporu, so pri nas deležni krivdnih odpustkov v okviru instituta neprištevnosti oziroma ujeti v kompleksen institut *actio libera in causa*.

Primerov prave *actio libera in causa*, ki ne utemeljuje krivdnega odpustka, je v praksi res zelo malo. Zelo malo je namreč primerov, kjer bi si storilec z namenom izvršitve kaznivega dejanja povzročil akutno intoksikacijo. V praksi je izvršitev kaznivega dejanja v akutnih intoksikacijah enako akutna, brez kakršne koli predhodne voljne, krivdne odločitve (praviloma gre za kazniva dejanja preprečitev uradnega dejanja uradni osebi, policistom, ki se odzovejo z intervencijo na brezumno obnašanje obdolženca pod vplivom predvsem alkohola in manj PAS, na različne vrste in stopnje telesnih poškodb in nasilništvo, tudi družinsko). Sodišča institut *actio libera in causa* največkrat uporabijo glede kaznivih dejanj povzročitve prometnih nesreč pod vplivom alkohola, kjer predhodno krivdo obrazložijo z dejstvom, da se obdolženec, ki se trezen pripelje v gostilno, zelo dobro zaveda, da se bo moral od tam tudi odpeljati – in glede na pravila v cestnem prometu, ki jih kot voznik mora poznati, – trezen. V tem delu so odločitve ustrezno primerljive odločitvam francoskih

<sup>2</sup> M. Hafner, nav. delo, str. 92.

<sup>3</sup> Code pénal, nav. delo, str. 135.

<sup>4</sup> Code pénal, art.222-24: »Le viol est puni de vingt ans de réclusion criminelle: 12. Lorsqu'il est commis par une personne agissant en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants.«

<sup>5</sup> Law Commission, nav. delo, str. 138.

<sup>6</sup> Korošec, D., nav. delo, str. 65.

<sup>7</sup> Kkolj, M., nav. delo.

sodišč o tem, da se vsak odrasel človek zaveda in bi se moral zavedati, kaj pomeni vsak kozarec več.

V obravnavi biološkega kriterija je glede instituta *actio libera in causa* potrebno predvsem izpostaviti dikcijo, ki jo slovenski zakon uporabi: »/.../ stanje neprištevnosti, ki si jo je storilec sam povzročil /.../«. Akutne intoksikacije v biološkem kriteriju instituta neprištevnosti se namreč ne kažejo kot duševna bolezen, življenjsko gledano so zgolj nespametna odločitve, da se »nekontrolirano zadeneš.« Neprištevnost, ki se je v pravni zgodovini po vsebini navezala na duševno bolezen, si, laično gledano, res težko sam povzročiš. Pri tem pa pregled sodne prakse, predvsem izvedenskih mnenj, kaže, da izvedenci akutno intoksikacijo večinoma določijo kot duševno motnjo. Na mestu bi bilo danes pretehtati, ali je glede na posledice kaznivih dejanj v stanju akutne intoksikacije pravnopolitično v teh primerih sploh priznati krivdni odpustek. Korošec meni, da: *»gre za nov ter ne le kulturno in politično (glede odnosa in politike zlasti do pivcev in pijancev kot storilcev kaznivih dejanj), ampak tudi dogmatično velik zasuk.«*<sup>8</sup>

Akutne intoksikacije se praviloma obravnavajo v okviru, kot pravi Korošec<sup>9</sup> »motene« prištevnosti, praviloma zmanjšane. In v tem tvorijo z odvisnostjo presečno množico. V sodni praksi so ugotovljene hibe razumevanja in obvladovanja ravnanj zaradi akutnih intoksikacij in vseh vrst odvisnosti prepoznane v institutu bistveno zmanjšane prištevnosti. Menim, da taka sodnopraktična prepoznavna stanja akutnih intoksikacij in odvisnosti ni ustrezna, razlaga pa odziv praktikov na kriminalnopolitično indolentnost do problema uživanja alkohola in PAS v zvezi z izvrševanjem kaznivih dejanj. Kot sem zgoraj že navedla, pravna doktrina teoretično cepi manko razumevanja in obvladovanja ravnanj, svobodne volje na več institutov. Za prakso odločilno je dejstvo, da vedenje posameznika, ki izključuje ravnanje, procesnopravno onemogoča kakršno koli kazensko obravnavo, vedenje posameznika, ki izključuje zgolj krivdo, pa je ne, saj je moč takim storilcem pod določenimi pogoji izreči varnostne ukrepe, ki jih sodišča v stiski obravnave zelo hudih kaznivih uporabljajo kot vrsto kazenske sankcije, čeprav gre zgolj za varnostni ukrep, ki storilca hudih kaznivih dejanj, za katerega se ugotovi, da je zaradi diagnosticirane duševne motnje ponovitveno nevaren, varnostno izloči iz družbe in s kazenskopravno prisilo podvrže zdravljenju (varnostni

ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu) oziroma vsaj podvrže zdravljenju (varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja na prostosti). Obema varnostnima ukrepoma je skupno dejstvo, da je storilec nevaren zaradi svoje motnje (bolezni) in da je potreben zdravljenja, kar v slikah akutnih intoksikacij ni moč uporabiti. Enkratno (akutno) opijanje ali »zadevanje«, ki je posameznikovo svobodno voljo omejilo ali izključilo, je po moji oceni, glede na obstoječ normativni okvir, potrebno preizkušati v ravnanju in ne v prištevnosti. Slednje pa je po vsebini pravzaprav tudi vseeno, saj bi po obeh institutih prišli do enakega penalnega rezultata, odsotnost pogojev za izrek varnostnih ukrepov, kar pomeni opustitev kazenskega pregona, kljub posledicam, ki jih je ravnanje takega storilca povzročilo. Še bolj izrazito se opisan problem kaže v uporabi instituta bistveno zmanjšane prištevnosti, ki krivde ne izključuje, tak storilec se lahko (ni pa nujno) zgolj mileje kaznuje. Bistveno zmanjšana prištevnost se v praksi pokaže kot priročen institut za rešitev kompleksnih subjektivnih dejanskih stanov, osebnih okoliščin na strani storilca (sicer in v času kaznivega dejanja), ki pravnoformalno ne utemeljujejo preizkusa prištevnosti, ravnanje samo je življenjsko gledano zgolj ekscesno ali vsaj težko prevedljivo v lakoničen materialnopravni okvir krivde: zavedanje, razumevanje in hotenje kaznivega dejanja. V ponazoritev naj navedem nekaj takih, subjektivno kompleksnih dejanskih stanov:

- Obdolženi ima težave s hojo v spanju. Neke noči v tem stanju vstavi kruh v opekač in se vrne nazaj v posteljo. Stanovanje zajame požar, ki se razširi na celotno zgradbo. Ko ga rešijo, pove, da ne ve nič o kruhu in opekaču, da so ga prebudili gasilci. Obtožen je kaznivega dejanja povzročitve splošne nevarnosti.

*Hoja v spanju ni duševna motnja. V tej dejanski sliki pa je moč prepoznati manko voljnega ravnanja.*

- Obdolženi je priden študent, sicer pa razvajen edinec premožnih staršev. Ker ga študij posebej ne obremenjuje (domača opravila in življenje sicer pa tudi ne), se nekega marca strastno loti spletnega pokerja. Da bi se lažje vživel in tudi prebil noči v novi strasti, ob igranju pokerja vse noči uživa marihuano, prepovedano drogo konopljo. Konec marca se neko jutro (po neprespani noči) usede v prestižno vozilo, ki so mu ga kupili skrbni starši, in se odpelje 100 km daleč, v Ljubljano. V enem od predorov mestnega obroča povzroči prometno nesrečo s smrtnim izidom.

<sup>8</sup> Korošec, D., nav. delo, str. 65.

<sup>9</sup> Prav tam.

Obdolženemu je bil izrečen ukrep zdravljenja in varstva v forenzični kliniki, ker je v neprištevem stanju, zaradi neprespanosti in akutne intoksikacije, izpolnil objektivne znake kaznivega dejanja povzročitev prometne nesreče iz malomarnosti. Nič od obeh prepoznanih medicinskih stanj doktrinarno ni zares biološki pogoj. V forenzični kliniki se je zagotovo naspal, dejstvo pa je, da obdobje enega meseca ne more utemeljiti ugotovitve odvisnosti od PAS. Obdolžencu je marihuana zgolj prekomerno škodila.

- Obdolženi še kot mladoletnik odide od doma in se pridruži vojski. Pritiskov vojaškega okolja ne vzdrži in dezertira. Ob vrnitvi domov ekscesno popiva in uživa prepovedano drogo kokain. V tej kombinaciji doživlja agresivne preboje, ki eskalirajo v uboj starejšega homoseksualnega partnerja, ko je obdolženi star 20 let. Sodišče je sklenilo, da je obdolženi v stanju bistveno zmanjšane prištevnosti drugemu vzel življenje, njegova zmožnost razumeti pomen svojega dejanja in zmožnost imeti v oblasti svoje ravnanje pa je bila zaradi infantilnosti, naivnega mišljenja in težnje po odvisnosti in podrejenosti v odnosih do ljudi, ki jih sam ocenjuje kot močne in pomembne, v kombinaciji z alkoholom in kokainom pod vplivom katerih je bil, bistveno zmanjšana. *Vprašanje je, ali je psihiatrično in psihološko ugotovitev o infantilnosti pri mladostniku, starem 20 let, moč prevesti v biološki kriterij instituta neprištevnosti, patologijo. Ali njegova infantilnost ni zgolj znak, da se osebnostno še ni razvil, da dejansko še ni prestopil pravne zamejitve odgovornosti 18 let. Iz izvida in mnenja izvedenca v tem primeru to povsem jasno izhaja. Obdolženčeva starost in osebne lastnosti ne omogočajo niti ugotovitev o osebni motenosti, saj se motenost osebnosti ugotavlja šele pri dograjenih, zrelih osebnostih. In enako infantilnost, ki bi jo bilo moč relevantno upoštevati pri presoji osebe, ki je stara na primer 51 let. In povsem enako velja za naivno mišljenje. Menim, da je premisa biološkega kriterija te vinjete: »infantilnost – naivno mišljenje – težnja po odvisnosti in podrejenosti v odnosih do ljudi, ki jih sam ocenjuje kot močne in pomembne – v kombinaciji z alkoholom in kokainom«, najprej pravno napačna, saj nobena od teh komponent ne ustreza zares biološkemu kriteriju, saj v odločilnem delu temelji na dejstvu, da obdolženi biološko še ni odrasel, da šele vstopa v odraslost, kot je to označil izvedenec. Sodišče je pri tem prezrlo, da je izvedenec zmanjševanje prištevnosti temeljil na močnem afektu, ki je posledica kombinacije njegovih osebnih značilnosti ter zaužitega alkohola in kokaina in ne infantilnosti*

*in naivnega mišljenja. Pri obdolženem bi bilo po moji oceni tudi koristneje raziskovati vzvode njegove agresivnosti in drznem si trditi, da jih je moč zgolj delno pripisati zaužitim psihoaktivnim substancam, ki so bile zgolj sprožilec lastnih tesnob v zvezi s prepoznavanjem in sprejemanjem svoje seksualnosti oziroma spolne usmerjenosti.*

Sodna praksa kaže, da se najprej tožilci in v nadaljevanju sodniki težko odločajo za opustitev pregona in vsaj neke vrste sankcije v primerih opitosti ali zadržanosti. Slednje, kot rečeno, kaže na kriminalnopolitično indoletnost zakonodajalca, ki stanja akutnih intoksikacij, tudi odvisnosti, normativno izenačuje s »pravimi« oziroma kazenskopravno opravičljivimi duševnimi motnjami. Sama menim, da kriminalnopolitično odvisnosti in intoksikacij ni moč postavljati na premise duševnih bolezni iz povsem življenjskega razloga: duševne motnje (bolezni) si nihče voljno ne povzroči, kazenskopravna ravnanja, ki se na ta stanja navezujejo, je moč kazenskopravno zgolj omejeno spremljati, z varnostnimi ukrepi. Slednje zagotovo ne velja za stanja odvisnosti, še manj za stanja akutnih intoksikacij. Z besedami razsvetljencev gre za stanja, ki si jih umen človek zavestno povzroči in zanje mora odgovarjati, tudi kazenskopravno. Manko ravnanja oziroma voljnosti je kvalitativno pri obeh kriminalnopolitično relevantno različno.

V sklepu o tem, kar je bralec skozi besedilo zagotovo pogrešal, z razlogom. Odvisnost je stanje, ki po moji oceni zelo težko utemelji kakršne koli odpustke, najprej ne voljnih (ravnanje), v nadaljevanju pa tudi krivdnih ne (prištevnost), odvisnost od alkohola ali PAS sama tudi ne štejem kot olajševalno okoliščino. Pri presoji kazenske odgovornosti je potrebno izhajati iz razsvetlenskih izhodišč razumnega in odgovornega človeka, kar po Kantu tudi ni moč prelagati na drugega in bi se v prevodu francoskega zakonodajnega gradiva glasilo: Osrednje vprašanje neprištevnosti ni v tem, ali je sama metoda ustrezna, temveč ali ima pravo danes pravilen kriminalnopolitičen test za razlikovanje med tistimi, ki jim gre očitek krivde za svoja ravnanja, in tistimi, ki jim zaradi njihovega stanja takega očitka ni moč naslavljanja. Ali lahko eskulpacija temelji zgolj na obstoju duševne bolezni in katere ter zakaj. Pri tem je odgovor odločilno povezan s kazensko odgovornostjo »duševno problematičnih« (oziroma po Platonu nesrečno prirojeni vzkipljivosti), ki jih tudi po Kantu definiramo v razsvetlenskem polju tistih, ki iz udobja odgovornost prelagajo na druge (starše, vzgojo, družbo, sistem) preko svojevrstnih značajskih

kombinacij, do polno odgovornih posameznikov, razumnih in odgovornih ljudi. Kritična skupina se nahaja v psihiatričnem polju osebnostnih motenj F60–F69,<sup>10</sup> ki bi ga bilo prav iz kriminalnopolitičnih razlogov tudi in predvsem na področju kazenske odgovornosti najkoristneje raziskati. Pravno relevantno se osebnostne motnje večkrat vežejo na različne odvisnosti od PAS in alkohola, kar psihiatrija imenuje in obravnava kot komorbidnost.<sup>11</sup> V takih situacijah je odvisnost od psihoaktivnih snovi (kar je duševna motnja) lahko posledica osebnostno motene strukture storilca (kar normativno ni priznana kot biološki kriterij). Oziroma povedano preprosteje, problem osebnostnih motenj se v komorbidnosti kaže v dejstvu, da normativno osebnostne motnje niso priznane kot biološki kriterij, taka lastnost pa je priznana posledici osebnostne motenosti, različnim odvisnostim. Ker je odvisnost duševna bolezen in jo je moč zdraviti, so takim storilcem izrečeni varnostni ukrepi zdravljenja odvisnosti, ki pa osnovnega problema, osebnostne motenosti, ki generira odvisnost, ne odpravljajo. Osebnostna motenost ni bolezen in je ni moč zdraviti, danes jo psihiatri zgolj brzdajo in tiste storilce, kjer je zaradi njihove osebnostne strukture to mogoče, učijo prepoznavati napačne vzorce vedenja in jih obvladovati. Praviloma pa take terapije niso zares uspešne.<sup>12</sup>

V zaporniški populaciji statistično prevladujejo osebe z različno moteno osebnostno strukturo. Zaradi osebnostne motenosti so v neprestanem konfliktu s samim seboj in z okoljem, kar pomeni, kot pravi Zihlerl, tudi „zaporsko reakcijo“.<sup>13</sup> Osebnostno moteni storilci so praviloma tudi kazenskopравни povratniki. Njihovo življenje se vrti v začaranem krogu izvrševanja kaznivih dejanj in kazenskih sankcij: med napačno dojetjo svobodo, ki jo preživijo v sivi coni (z izvrševanjem kaznivih dejanj), sojenji in zaporom.

#### Literatura:

1. The Law Commission (UK), Criminal liability: Insanity and Automatism, A Discussion Paper, the 8th July 2013, dostopno na spletni strani: <http://lawcommission.justice.gov.uk/areas/insanity.htm>
2. Miha Hafner: Pomen in uporaba izsledkov nevroznanosti v kazenskem pravu, Doktorska disertacija, Univerza v Ljubljani, Pravna fakulteta, 2018.
3. Mitar Kokolj: *Actiones liberae in causa*, Krivična odgovornost privremeno neuračunljivih lica, Ikro Prva književna komuna Mostar, Mostar 1981.
4. Damjan Korošec: Varnostni ukrepi obveznega psihiatričnega zdravljenja neprištevnih in bistveno zmanjšano prištevnih storilcev – kazenskoppravno ali medicinsko vprašanje? *Pravosodni bilten*, 32(1), 63–72.
5. Slavko Zihlerl in Martina Tomori: *Psihiatrija*, Medicinska fakulteta, Ljubljana 1999.

10 Gre za poglavje iz mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, ki v polju F60–F69 definira motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi.

11 »O komorbidnosti govorimo, ko pri neki osebi ugotovimo sočasni obstoj odvisnosti od alkohola in druge psihiatrične bolezni. Stanje je znano tudi kot »dvojna diagnoza«. Ker je komorbidnost zelo zapletena motnja, se dogaja, da diagnostika ni pravilno izpeljana (če pa hočemo postaviti drugo diagnozo, mora pacient najprej vzpostaviti abstinenco), s tem pa so zmanjšane možnosti za učinkovito zdravljenje. Ker ena bolezen poslabšuje drugo, je potrebno sočasno zdravljenje obeh, sicer si ne moremo obetati uspeha.« V: Zihlerl, S. et al. (1999), nav. delo, str. 152.

12 Prav tam, str. 299–301.

13 Prav tam, str. 300.

# ***Posledice uživanja alkohola in nedovoljenih drog v kazenskih in nepravdnih postopkih – pogled tožilca***

---

**Nikolaja Hožič**

Korespondenca:

Nikolaja Hožič  
višja državna tožilka, vodja Oddelka splošne kriminalitete  
Okrožno državno tožilstvo v Ljubljani  
Slovenska cesta 41, 1000 Ljubljana

---

Čeprav ima v pravosodnem sistemu Republike Slovenije državni tožilec na podlagi Ustave Republike Slovenije<sup>1</sup> in drugih predpisov predvsem vlogo organa pregona, se pri svojem delu sooča s posledicami uživanja alkohola in nedovoljenih drog tudi pri izvrševanju nalog na drugih področjih. Kot organ pregona se z navedeno problematiko srečuje predvsem v predkazenskem in kazenskem postopku, saj je glavna pravica in dolžnost državnega tožilca preganjanje storilcev kaznivih dejanj<sup>2</sup>, vendar ima tudi druge z zakonom določene pristojnosti, kot na primer po Zakonu o nepravdnem postopku<sup>3</sup> in Zakonu o duševnem zdravju<sup>4</sup>. V nadaljevanju bom predstavila delo državnega tožilca skozi predkazenski in kazenski postopek ter nepravdni postopek v luči problematike prekomernega uživanja alkohola in nedovoljenih drog ter izpostavila nekatere probleme, s katerimi se tožilci srečujemo v praksi.

### **Predkazenski in kazenski postopek**

Že v predkazenskem postopku se državni tožilec sooča s kaznivimi dejanji, ki jih je storilec storil bodisi pod vplivom ali pa zaradi prekomernega uživanja alkohola oziroma zlorabe prepovedanih drog. Pri tem gre največkrat za kazniva dejanja zoper varnost javnega prometa (predvsem povzročitev prometne nesreče iz malomarnosti in nevarne vožnje v cestnem prometu), kazniva dejanja zoper premoženje (predvsem vse oblike tatvin, ropi, poškodovanja tuje stvari, izsiljevanje), kazniva dejanja zoper življenje in telo (na primer uboji, umori, hude in lahke telesne poškodbe), kaznivo dejanje nasilja v družini, kazniva dejanja zoper spolno nedotakljivost (na primer posilstvo) in kaznivo dejanje neupravičene proizvodnje in prometa s prepovedanimi drogami.

Statističnih podatkov o tem, kolikšen je delež kaznivih dejanj, ki so jih storilci storili pod vplivom alkohola ali prepovedanih drog, ni mogoče dobiti iz letnih poročil, ker jih državna tožilstva in sodišča v tej obliki ne vključujejo v svoja poročila. Na delež kaznivih dejanj, katerih storilci so bili pod vplivom alkohola, je možno sklepati na podlagi podatkov Policije o kaznivih dejanjih v prometu, ki jih vključuje v poročila o delu za posamezno leto.

Pod vplivom alkohola je bilo tako v letu 2017 po podatkih Policije<sup>5</sup> 1529 povzročiteljev prometnih nesreč s smrtjo, hudimi ali lahkimi telesnimi poškodbami, kar predstavlja 10,1 % delež vseh kršiteljev. Povprečna stopnja alkohola je bila precej visoka, kar 1,44 g/kg. Po podatkih Policije za leto 2017 je bilo kaznivih dejanj neupravičene proizvodnje in prometa s prepovedanimi drogami in kaznivih dejanj omogočanja uživanja prepovedanih drog 1755<sup>6</sup>, vendar podatek o tem, koliko teh kaznivih dejanj so storile osebe pod vplivom alkohola ali drog, ni razviden. Tudi druga kazniva dejanja storilci pogosto storijo pod vplivom alkohola in/ali nedovoljenih drog, vendar podatka o tem, koliko od teh je bilo storjenih pod njihovim vplivom, iz poročila o delu policije ni razvidno.

Državni tožilec v predkazenskem postopku, predvsem v okviru dežurne službe, lahko daje policistom<sup>7</sup> navodila, ki se nanašajo na odvzem prostosti osumljencu, ki je prijet kmalu po storitvi kaznivega dejanja in je očitno pod vplivom alkohola ali prepovedanih drog. Od policistov zahteva podatke o stanju osumljenca in njegovem obnašanju zaradi napotitve na odvzem krvi in drugih telesnih tekočin zaradi ugotavljanja koncentracije alkohola in prisotnosti nedovoljenih drog. Pri tem je pomembno hitro in strokovno delo, saj napačna odločitev, da odvzem krvi ali telesni pregled osumljenca ni potreben, lahko pomembno vpliva na izid predkazenskega in kazenskega postopka. Ocenjevanje prištevnosti oziroma dokazovanje stanja storilca v času storitve kaznivega dejanja je brez takšnih podatkov kasneje precej oteženo.

Prav tako pri kaznivih dejanjih zoper varnost javnega prometa (predvsem pri kaznivem dejanju povzročitve prometne nesreče iz malomarnosti in nevarne vožnje v cestnem prometu), ko je povzročitelj vozil pod vplivom alkohola, državni tožilec usmerja policijo glede odvzema voznškega dovoljenja in sodišču zatem poda predlog za začasni odvzem voznškega dovoljenja<sup>8</sup> in hkrati predlaga uvedbo kazenskega postopka s tem, da vloži zahtevo za preiskavo, obtožnico ali obtožni predlog. Predlog za odvzem voznškega dovoljenja pred uvedbo kazenskega postopka je potreben zlasti pri voznikih, za katere je podan utemeljen sum, da so storili

1 135. člen URS določa, da državni tožilec vlaga in zastopa kazenske obtožbe in ima druge z zakonom določene pristojnosti.

2 Prvi odstavek 45. člena ZKP.

3 Na primer na podlagi 45. člena ZNP se lahko postopek za odvzem poslovne sposobnosti začne tudi na predlog tožilca.

4 Na podlagi 40. člena ZDZdr se postopek za sprejem osebe v oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve na podlagi sklepa sodišča lahko začne tudi na predlog državnega tožilstva.

5 Poročilo o delu policije za leto 2017, stran 19, 40 in 103.

6 Poročilo o delu policije za leto 2017, stran 33.

7 Deveti odstavek 157. člena ZKP in Uredba o sodelovanju državnega tožilstva, policije in drugih pristojnih državnih organov in institucij pri odkrivanju in pregonu storilcev kaznivih dejanj ter delovanju specializiranih in skupnih preiskovalnih skupin (Uradni list RS 83/10).

8 Prvi odstavek 137. člena ZKP.



kaznivo dejanje zoper varnost javnega prometa pod vplivom alkohola ali prepovedanih drog, da se jih takoj izloči iz prometa zato, da ga več ne ogrožajo.

Nenavadno obnašanje osumljenca ob prijetju vedno zahteva presojo, najprej policista in za tem državnega tožilca, o potrebnosti napotitve osumljenca k zdravniku. Le zdravnik lahko namreč oceni, ali je v takih primerih nekdo sposoben za pridržanje. Če policisti primejo storilca, za katerega ugotovijo, da je odvisnik od prepovedanih drog, ga morajo peljati k zdravniku, ki oceni, ali potrebuje metadon ali kaj drugega, in tudi, ali je oseba sposobna za pridržanje. Če je pridržani osumljenec skupaj s kazensko ovadbo priveden k preiskovalnemu sodniku zaradi zaslišanja, tudi preiskovalni sodnik preveri, ali je privedeni sposoben podati zagovor.

Državni tožilec po prejemu kazenske ovadbe, iz katere so razvidni podatki, da je osumljenec dejanje, ki se mu očita, storil pod vplivom alkohola ali prepovedanih drog, presodi, ali je podan dvom o prištevnosti osumljenca. Ob taki oceni lahko že v zahtevi za preiskavo ali pri podaji predloga za posamezno preiskovalno dejanje predlaga, da sodišče odredi psihiatrični pregled<sup>9</sup>, ki ga opravi izvedenec psihiatrične stroke. Izvedenec ugotavlja, ali ima oseba kakšno duševno motnjo, duševno manjrazvitost ali kakšno drugo trajno in hudo duševno motenost, določi njeno naravo, vrsto, stopnjo in trajnost ter poda mnenje o tem, kako je ob storitvi kaznivega dejanja tako duševno stanje vplivalo na zmožnost razumeti pomen svojega dejanja ali zmožnost imeti v oblasti svoje ravnanje. Izvedenec ugotavlja tudi, kakšne so možnosti oziroma kakšna je verjetnost, da bi storilec na prostosti lahko storil kakšno hudo kaznivo dejanje zoper življenje, telo, spolno nedotakljivost ali premoženje. Strinjati se je z oceno, da so izvedenci v sodnih postopkih most do strokovnega znanja, ki ga sodnik ne premore (Šugman Stubbs, 2014), dodala pa bi, da enako velja za državnega tožilca in zagovornika. Izvedensko mnenje je podvrženo prosti presoji dokazov in tožilec, pa tudi sodišče, nanj ni vezano. Izvedenec, ki je zdravnik, pacientu verjame, državni tožilec pa vedno na podlagi dokazov presoja, ali je zagovor obdolženca resničen ali ne. Pri tem se zdi, da gre včasih za nasprotje, ki se kaže tudi v postavljanju vprašanj izvedencu s ciljem, da se ugotovi dejansko duševno stanje obdolženca v času storitve kaznivega dejanja.

Po končani preiskavi oziroma po izvedenih posameznih preiskovalnih dejanjih se državni tožilec na

podlagi zbranih dokazov odloči, ali bo podal izjavo o odstopu od pregona ali vložil obtožnico oziroma obtožni predlog, ali pa bo za neprištevne storilce predlagal katerega od varnostnih ukrepov.

Za storilca, ki je bil ob storitvi kaznivega dejanja bistveno zmanjšano prišteven, lahko državni tožilec že ob vložitvi obtožnega akta ali po izvedenem dokaznem postopku na glavni obravnavi predlaga, da sodišče poleg predpisane kazni izreče tudi varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja v zdravstvenem zavodu po 70.a členu KZ-1 ali obveznega psihiatričnega zdravljenja na prostosti po 70.b členu KZ-1. Obema je skupno, da gre v prvi vrsti za zdravstvena ukrepa.

Državni tožilec lahko za storilca, ki je kaznivo dejanje storil zaradi odvisnosti od alkohola ali prepovedanih drog, predlaga izrek pogojne obsodbe z varstvenim nadzorstvom. Ta ukrep izreče sodišče za določen čas v mejah preizkusne dobe, določene s pogojno obsodbo. Sodišče lahko na predlog državnega tožilca izreče tudi eno ali več navodil, določenih v 65. členu KZ-1, med katerimi je tudi zdravljenje odvisnosti od alkohola ali drog<sup>10</sup>, pri čemer mora storilec - obdolženec s tem soglašati. Če obsojenec med preizkusno dobo ne izpolnjuje navodil, ga sme sodišče posvariti, spremeniti navodila, podaljšati varstveno nadzorstvo v mejah določene preizkusne dobe ali preklicati pogojno obsodbo, kar seveda lahko predlaga tudi državni tožilec.

Pri kaznivih dejanjih zoper varnost javnega prometa lahko državni tožilec predlaga tudi varnostni ukrep odvzema voziškega dovoljenja<sup>11</sup>. Ukrep se izreče za dobo od enega do petih let, če bi storilčeva nadaljnja udeležba v javnem prometu pomenila nevarnost za javni promet zaradi njegovega obnašanja ali osebnih lastnosti oziroma zaradi nesposobnosti za varno upravljanje z motornimi vozili. Storilčeve osebne lastnosti, obnašanje in nesposobnost za varno vožnjo lahko sodišče ugotavlja tudi z izvedencem. Tak varnostni ukrep državni tožilec predlaga v večini primerov prav zaradi tega, ker je bilo kaznivo dejanje storjeno zaradi odvisnosti od alkohola in/ali prepovedanih drog.

### **Postopek za uporabo varnostnih ukrepov**

Državni tožilec predlaga sodišču<sup>12</sup>, naj izreče obvezno psihiatrično zdravljenje in varstvo v zdravstvenem zavodu oziroma obvezno psihiatrično zdravljenje na prostosti, če je obdolženec storil kaznivo dejanje

9 Prvi odstavek 265. člena ZKP.

10 1. točka prvega odstavka 65. člena KZ-1

11 72. člen KZ-1

12 491. člen ZKP

v neprištevnem stanju in če so za tak varnostni ukrep podani pogoji, ki so določeni v KZ-1. Obvezno psihiatrično zdravljenje in varstvo v zdravstvenem zavodu po 70.a členu KZ-1 kot samostojen ukrep izreče sodišče storilcu, ki je storil protipravno dejanje v stanju neprištevnosti in se sme zanj izreči kazen zapora enega leta ali več. Navedeni ukrep se izreče, če se na podlagi teže storjenega dejanja in stopnje storilčeve duševne motenosti ugotovi, da bi na prostosti lahko storil kakšno hudo kaznivo dejanje zoper življenje, telo, spolno nedotakljivost ali premoženje. Ugotovljeno mora biti tudi, da je tako nevarnost mogoče odpraviti le z zdravljenjem in varstvom v forenzičnem psihiatričnem oddelku zdravstvenega zavoda, ki ustreza posebnim varnostnim pogojem, določenim z zakonom<sup>13</sup>. Ukrep lahko traja za neprištevnega storilca največ pet let<sup>14</sup>.

Za storilca, ki je storil protipravno dejanje v stanju neprištevnosti, pa lahko državni tožilec predlaga tudi varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja na prostosti po 70.b členu KZ-1, če ocenjuje in nato sodišče tudi ugotovi, da je to potrebno in da zadostuje za to, da storilec ne bo ponavljal hujših kaznivih dejanj. Ta varnostni ukrep lahko traja najdalj dve leti.

V praksi se pojavi problem, ko zakonsko določen rok pet let za trajanje varnostnega ukrepa po členu 70 a KZ-1 poteče, gre pa za osebe z visoko stopnjo ponovitvene nevarnosti. Kot izhaja iz zaključkov projektne skupine na MP, ki je pripravila izhodišča za prenovo organizacije forenzične psihiatrije v Sloveniji<sup>15</sup>, je praksa v drugih članicah EU namestitev takih pacientov v ustanove za dolgoročno namestitev forenzičnih pacientov, ki ustrezajo kriterijem ustanove z visoko ali srednjo stopnjo varovanja, medtem ko se v Sloveniji po izteku izvajanja ukrepa tovrstne paciente namešča na podlagi ZDZdr v specialne socialne zavode. Ti zavodi pa so prenapolnjeni in ne ustrezajo varnostnim standardom za paciente z visoko ponovitveno nevarnostjo.

### **Nepravdni postopek**

Državni tožilec ima z zakonom določene pristojnosti tudi v nepravdnem postopku. Pristojno sodišče v tem postopku odloča tudi o zadevah po ZDZdr.

Za odločanje v nepravdnih postopkih je krajevno pristojno sodišče, na katerega območju ima oseba,

proti kateri je vložen predlog, stalno prebivališče oziroma sedež. Na podlagi istega kriterija se tako določi tudi krajevna pristojnost državnega tožilca. Ker v nepravdnem postopku na prvi stopnji odloča okrajno sodišče (če zakon ne določa drugače), je pristojni državni tožilec za vložitev takega predloga državni tožilec na krajevno pristojnem ODT.

Tako je državni tožilec na podlagi prvega odstavka 40. člena ZDZdr upravičen vložiti predlog za sprejem osebe na oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve na podlagi sklepa sodišča. Predlog se vložijo pri pristojnem sodišču, na območju katerega ima oseba stalno ali začasno prebivališče, oziroma če oseba nima ne stalnega ne začasnega prebivališča, pri sodišču, na območju katerega dejansko biva.

Prav tako je državni tožilec na podlagi drugega odstavka 75. člena ZDZdr v zvezi s prvim odstavkom 40. člena ZDZdr eden od predlagateljev postopka za sprejem v varovani oddelek socialnovarstvenega zavoda brez privolitve na podlagi sklepa sodišča. Na podlagi drugega odstavka 82. člena v zvezi s prvim odstavkom 40. člena ZDZdr pa je tudi eden od predlagateljev za postopek za sprejem na zdravljenje v nadzorovano obravnavo brez privolitve na podlagi sklepa sodišča.

Potrebno je poudariti, da se zgoraj navedeni postopki začnejo na predlog izvajalca psihiatričnega zdravljenja, centra za socialno delo, koordinatorja nadzorovane obravnave, najbližje osebe ali državnega tožilca. Državni tožilec je torej upravičen predlagatelj, vendar pa je z razlogom naveden na zadnjem mestu<sup>16</sup>, zato je tudi prav, da je teh postopkov v praksi tožilstva malo. Do situacije, ko tožilec vložijo tak predlog, pride najpogosteje takrat, ko je bil obdolžencu v kazenskem postopku na podlagi člena 70.a KZ-1 izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu oziroma na podlagi 70. b člena KZ-1 varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja na prostosti.

Po prenehanju varnostnih ukrepov so te osebe velikokrat prepuščene same sebi, lahko opustijo zdravljenje in redne kontrole. Vkolikor se državni tožilec seznanijo z okoliščinami, ki kažejo na to, da so podani pogoji za nadaljevanje zdravljenja osebe ali obravnavo osebe po ZDZdr in nobeden od predlagateljev predloga ne vložijo, to stori državni tožilec z namenom zagotavljanja zdravljenja teh oseb in njihove namestitve v strukturirano okolje, kjer bo oseba pod

13 Ti pogoji so določeni v predpisih o izvrševanju kazenskih sankcij (ZIKS-1 in podzakonski akti).

14 Tretji odstavek 70.a člena KZ-1.

15 Organizacija forenzične psihiatrije v Sloveniji, MP, 2015, stran 60.

16 Več o tem H. Jenull (2014).

nadzorom ter z namenom preprečitve kaznivih dejanj<sup>17</sup>.

Pri podaji teh predlogov se državni tožilec sooča s problemi. Predlogu za sprejem osebe na oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve na podlagi sklepa sodišča<sup>18</sup> mora namreč priložiti mnenje izbrane osebnega zdravnika ali psihiatra, ki je osebo pregledal, in ne sme biti starejše od 7 dni. Prav tako mora predlogu za sprejem na varovani oddelek na podlagi sklepa sodišča predložiti mnenje SVZ o izpolnjevanju pogojev za sprejem osebe<sup>19</sup>. Zato pošilja pozive SVZ-jem za posredovanje mnenja, vendar praviloma vsi navedejo, da nimajo prostorskih ali drugih zmožnosti za nastanitev, prav tako pa nevarnih bolnikov, ki so bili na Enoti za forenzično psihiatrijo UKC Maribor, ne želijo sprejemati, ker zanje niso ustrezno prostorsko, tehnično in kadrovsko opremljeni.

Sodna praksa je sicer že zavzela stališče, da SVZ z verificiranim varovanim oddelkom ne more uspešno nasprotovati sprejemu s trditvami o pomanjkanju prostorskih in kadrovskih zmožnosti<sup>20</sup>.

Državni tožilec lahko pri opravljanju svojih nalog, predvsem pri obravnavanju pisanj občanov, ki naznajo sume kaznivih dejanj ali se kako drugače obračajo na tožilstvo, ugotovi, da okoliščine kažejo na možnost, da gre za osebo, ki zaradi duševne bolezni, duševne zaostalosti, odvisnosti od alkohola ali mamil ali iz drugega vzroka, ki vpliva na psihofizično stanje, ni sposobna sama skrbeti zase, za svoje pravice in koristi. V takem primeru je upravičen vložiti predlog za odvzem poslovne sposobnosti<sup>21</sup>.

Sodišče v tem postopku odloča o delnem ali popolnem odvzemu poslovne sposobnosti. Če je uveden postopek zaradi duševne bolezni, duševne zaostalosti, odvisnosti od alkohola ali prepovedanih drog ali iz drugega vzroka, ki vpliva na psihofizično stanje, sodišče odredi, da osebo, ki naj se ji odvzame poslovna sposobnost, pregleda izvedenec medicinske stroke<sup>22</sup>.

V praksi pa se državni tožilec, ki tudi ni naveden kot prvi predlagatelj, le redko odloči za vložitev predloga za odvzem poslovne sposobnosti, saj o svojih ugotovitvah praviloma obvesti pristojni center za socialno delo s pozivom, da ga o svojih ukrepih obvesti.

### **Namesto zaključka**

Državni tožilec tudi po končanju zgoraj opisanih postopkov od občanov, med drugim tudi od obsojencev in oseb, ki so v postopku za odvzem poslovne sposobnosti, prejema pisanja ali kazenske ovadbe zoper izvedence z očitkom kaznivih dejanj krive izpovedbe. Prav tako pa prejema kazenske ovadbe zoper kazenske in nepravdne sodnike zaradi kaznivega dejanja protizakonitega, pristranskega in krivičnega sojenja. Druge ovadbe pa se nanašajo na očitke storitve kaznivih dejanj, povezanih z delom državnega tožilca ali odvetnika v posameznem kazenskem ali nepravdnem postopku. Tudi pri reševanju teh ovadb mora državni tožilec pokazati svojo strokovnost in skrbnost, preden sprejme odločitev.

17 Več o tem I. Šelih (2014).

18 Tretji odstavek 41. člena ZDZdr.

19 Tretji odstavek 75. člena ZDZdr.

20 Sklep Vrhovnega sodišča RS II Ips 351/2013 z dne 19. 12. 2013.

21 Prvi odstavek 45. člena ZNP.

22 Prvi odstavek 48. člena ZNP.

## Literatura

1. Kazenski zakonik (KZ-1) (Uradni list RS, št. 50/12 – uradno prečiščeno besedilo, 6/16 – popr., 54/15, 38/16 in 27/17)
2. Ustava Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121,140,143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90,97,99 in 75/16 – UZ70a)
3. Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij (Uradni list RS, št. 110/06 – uradno prečiščeno besedilo, 76/08, 40/09, 9/11 – ZP-1G, 96/12 – ZPIZ-2, 109/12, 54/15 in 11/18)
4. Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr) (Uradni list RS, št. 77/08 in 46/15 – odl. US)
5. Zakon o kazenskem postopku (ZKP) (Uradni list RS, št. 32/12 – uradno prečiščeno besedilo, 47/13, 87/14, 8/16 – odl. US, 64/16 – odl. US, 65/16 – odl. US, 66/17 – ORZKP153,154 in 1/19 – skl. US)
6. Zakon o nepravdnem postopku (ZNP) (Uradni list SRS, št. 30/86, 20/88 – popr., Uradni list RS, št. 87/02 – SPZ, 131/03 – odl. US, 77/08 – ZDZdr in 10/17 – ZPP-E)
7. Uredba o sodelovanju državnega tožilstva, policije in drugih pristojnih državnih organov in institucij pri odkrivanju in pregonu storilcev kaznivih dejanj ter delovanju specializiranih in skupnih preiskovalnih skupin (Uradni list RS, št. 83/10)
8. Letno poročilo o delu policije za 2017, Ministrstvo za notranje zadeve, Policija. Ljubljana, 2018. <https://www.policija.si/images/stories/Statistika/LetnaPorocila/PDF/LetnoPorocilo2017.pdf> dostop dne 10.1.2019
9. *Organizacija forenzične psihiatrije v Sloveniji- prenova projektne naloge izdelane v letu 2011*, Ministrstvo za pravosodje, Ljubljana. 2015
10. Šugman Stubbs, Katja (2014). Vpliv izvedenca na izid postopka. Podjetje in delo, letnik 40, številka 6/7, str. 895-904.
11. Jenull, Hinko (2014). *Vrnitev represivne psihiatrije?* PP, št. 31-32, str. 41
12. Šelih, Ivan (2014). *Vrnitev represivne psihiatrije?* – Odziv Varuha. PP, št. 34, str 17-18
13. Sklep Vrhovnega sodišča RS II Ips 351/2013 z dne 19. 12. 2013

## Uporabljene kratice

**KZ-1** – Kazenski zakonik

**URS** – Ustava Republike Slovenije

**ZDZdr** – Zakon o duševnem zdravju

**ZNP** – Zakon o nepravdnem postopku

**ZKP** – Zakon o kazenskem postopku

**ODT** – Okrožno državno tožilstvo

**SVZ** – Socialnovarstveni zavod

**ZIKS-1** – Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij

**UKC** – Univerzitetni klinični center

**MP** – Ministrstvo za pravosodje

# ***Vpliv uživanja alkohola in nedovoljenih drog na vprašanje odgovornosti v kazenskih zadevah***

---

**Branko Brinšek**

Korespondenca:

Branko Brinšek, dr.med., specialist psihiatrije  
Psihiatrična bolnišnica Begunje  
E-naslov: [branko.brinsek@pb-begunje.si](mailto:branko.brinsek@pb-begunje.si)

---

Vsaka združba živih bitij temelji na pravilih. Večina jih je vtisnjenih v dedni spomin živih bitij. Tudi človeška družba ima večji del pravil določenih skozi zgodovino, le manjši del je dogovorjenih, še manjši del zapisan v zakonih in drugih aktih. Pravila zagotavljajo stabilnost družbe in več ali manj preprečujejo notranje konflikte. V vsakem kulturno-zgodovinskem okviru so si ljudje postavili svoja pravila. Eden od pomembnih dejavnikov pravil pa so odkloni od pravil. Prav pri alkoholu in drogah prihajamo do pomembnih odklonov od siceršnjih pravil, ki v skupnosti veljajo za odgovornost do svojih dejanj.

Kazenski zakonik v svojem 29. členu opredeljuje neprištevnost (1). Kdor zaradi duševne motnje ali duševne manjrazvitosti ob storitvi kaznivega dejanja ni mogel razumeti pomena svojega dejanja ali ni mogel imeti v oblasti svojega ravnanja, ni prišteven in s tem ni kriv za dejanje, ki ga je storil. Zakon s tem torej predvideva odpustek za sicer družbeno zavržno dejanje. Zakon predvideva tudi gradacijo prištevnosti in s tem odgovornosti ter posledično milejše kaznovanje osebe, ki je storila ravnanje v stanju bistveno zmanjšane prištevnosti. Pomemben pa je stavek, ki opredeljuje, da je kriv storilec kaznivega dejanja, ki si je z uporabo alkohola, drog ali kako drugače sam povzročil neprištevnost. Seveda pa je potrebno pred tem ugotoviti njegovo krivdo za storitev dejanja, ki jo zakon določa kot kaznivo.

Izvedenec psihiater ni zavezan pravni opredelitvi in nima kompetence in naloge odločati o prištevnosti. Naloge sodnika in izvedenca morajo biti jasno ločene in ta jasna ločnica jima pravzaprav omogoča konstruktivno sodelovanje. Naloga sodnika je, da pridobi vse dokaze in razjasni čim več dejstev, preden odredi izvedenca. Tako bi bila naloga sodnika, da zbere dokaze o načinu, poteku in obsegu intoksikacije. Izvedenec ne bi smel pridobivati novih dokazov, niti novih dejstev s strani prič oziroma osumljenca. Naloga izvedenca je, da zgolj interpretira pridobljene dokaze. Velika dilema se torej odpira izvedencu, ki mu osumljenec opiše zadeve, ki jih ni podal na sodišču. Na neki način se izvedenec s temi izjavami osumljenca okuži. Prav odnos do teh izjav pa opredeljuje strokovnost in kvaliteto izvedenca. Na takšnih izjavah izvedenec ne sme graditi svojega mnenja, ampak mu je to lahko le vodilo pri iskanju podatkov, tako v sodnem zapisu kot v medicinski dokumentaciji.

Sodnik naj v odredbi izvedencu postavi konkretna vprašanja o psihičnih procesih, ki se nanašajo na očitano kaznivo dejanje. Vprašanja naj ne bodo splošna in sodnik naj ne prelaga odgovornosti na izvedenca,

katera vprašanja se mu zdijo pomembna za postopek. Izvedenec se mora z obdolžencem pogovarjati o njegovem doživljanju, razmišljanju in odločitvah. Gre za iskanje razumevanja intrapsihičnih procesov, katerih sodnik kot laik na tem področju ne more ugotavljati.

V praksi se dogaja, da sodnik, predvsem v vlogi preiskovalnega sodnika, presodi, da bo za nadaljnji postopek potreboval mnenje izvedenca in le-tega postavi, še preden zbere vse podatke, na osnovi katerih bi bila kakršna koli odločitev izvedenca sploh možna. Izvedenec pri svojem delu pogosto naleti tudi na dilemo, kateri priči naj pokloni več pozornosti, ali pa prihaja do razkoraka med posameznimi dokazi. Tudi v teh primerih bi se moral sodnik pred imenovanjem izvedenca opredeliti do tega, kateremu dejstvu ali izjavi nakloni verodostojnost. Če izvedenec nima na voljo te sodnikove opredelitve, bi se moral v svojem mnenju neodvisno opredeliti do vseh možnih variant. Zapisati bi torej moral, da v primeru, da sodišče sprejme določen argument, pomeni za postopek eno, v primeru, da sprejme drug argument, za postopek pomeni nekaj drugega. Če se izvedenec sam opredeljuje do teh zadev, pač prejudicira sodnikovo odločitev.

Izvedenec je v posebnem položaju do preiskovanca. V terapevtskem odnosu zdravnik verjame pacientu in v principu ne preverja resničnosti njegovih navedb. Zgolj na osnovi navedb pacienta išče motnje v funkcioniranju organizma oziroma psihe. Žal se tudi v zdravstvenem sistemu dogaja, da je zdravnik postavljen v vlogo omejevalca pravic pacienta, torej presojevalca, ali pacient ima neko pravico. S tem se v medsebojnem odnosu zdravnika in pacienta izgublja zaupnost. Tako tudi zdravnik terapevt v svojem vsakodnevnem delu pogosto pridobiva status izvedenca.

Izvedenec v sodnem postopku pa v principu dvomi o izjavah preiskovanca. V tem odnosu ni zaupnosti, ampak zgolj iskanje, kaj je strokovno utemeljeno in realno. V tem odnosu ni prostora za sočutje in empatijo. To nikakor ne pomeni, da mora biti izvedenec trd in neizpros. Le v odnosu s preiskovancem ga morajo voditi dejstva in objektivne ugotovitve. Te zadeve mora na tak način napisati in posredovati sodišču.

Je pa prosta odločitev izvedenca, koliko se bo tudi kot zdravnik pogovoril s preiskovancem in mu pomagal sprejeti objektivni izvid in mnenje, da s tem pri preiskovancu ne bo ustvarjal dodatne travme oziroma psihičnih posledic. Takšna jasna razlaga in opredelitev so tudi velika varovalka za samega izvedenca, da ne bi postal žrtev maščevanja preiskovanca, ki z mnenjem ni zadovoljen.

Izvedenec mora pravni pojem neprištevnosti prevesti v medicinski pojem, da nekdo ni mogel razumeti pomeni svojega dejanja. Izvedencu se ni težko opredeljevati, kadar gre pri preiskovancu za nesposobnost razmišljanja v nezavesti ali v globoki intoksikaciji. Tudi pri jasno izraženih blodnjah in halucinacijah kot odrazu nerealnega razmišljanja večinoma ni težav. Problem se odpira pri kombinacijah intoksikacije in psihotičnih motenj. Še posebej pri motnjah, ki niso jasno izražene, ne vemo, koliko vplivajo na presojo nekega dogodka. Če pa gre še za časovno odmaknjen dogodek, pa pogosto ni možna strokovno utemeljena ocena.

Tudi pri naivnem razmišljanju imamo odprte dileme. Ali je človek odgovoren za svoje prepričanje, da bo nekaj zmoget, v resnici pa tega ne zmore? Presojati je treba, ali ima kapacitete, da presodi, kakšne posledice bi se lahko zgodile, in kakšen je odnos med temi kapacitetami in realno izkazanimi sposobnosti ob samem dejanju. Nekaj manj dilem je pri malomarnem zanemarjanju posledic oziroma egoističnem razmišljanju, da je komu vse dovoljeno.

Drugi del pojma neprištevnosti mora izvedenec psihiater prevesti v formulacijo, da ni mogel imeti v oblasti svojega ravnanja. Tudi tu so dileme predvsem ob prepletanju več psihičnih motenj. Na primer psihotični občutek vodenja, ki se ob intoksikaciji intenzivira in vodi v stanje, ko oseba ni niti razumela niti ni mogla imeti v oblasti svojega ravnanja. Lahko pa pride do stanja, ko nekdo razume, kaj se dogaja, ampak ne more imeti v oblasti svojega ravnanja. Gre na primer za stanje razburjenosti, ki se ob intoksikaciji intenzivira in vodi v hitrejše in burnejše reakcije. Merila, po katerem bi se izvedenec lahko orientiral, ni. Gre zgolj za njegovo presojo, kdaj oseba prestopi mejo.

Sodišče pogosto nalaga izvedencu, da opravi misijo nemogoče. Ugotoviti stopnjo vinjenosti in opredeliti sposobnosti razumevanja in obvladovanja v situaciji, ko ni točnih in objektivnih podatkov o poteku in količini pitja, ko ni zanesljivih opisov prič, ko ni meritve alkoholemije in prisotnosti droge, ko ne poznamo dinamike absorpcije, metabolizma in izločanja pri konkretni osebi, in seveda, ko ne vemo, kakšen je običajen način vpliva alkohola na to osebo. Odločanje zgolj na višini alkoholemije pa tudi ni strokovno.

Pri tem je problem velik razpon odzivanja osebe na učinek alkohola in drog. Alkohola nevajena oseba bo lahko že nemočno obležala pri 0,1 g alkohola na kg telesne teže, sem pa že sprejemal v bolnišnico na videz povsem trezne osebe, ki so se pripeljale z avtomobilom, in smo ugotovili 3,5 g alkohola na kg

telesne teže. Tudi metabolizem alkohola je pri osebah različen in niha od 0,1 g do 0,2 g alkohola na kg telesne teže na uro. Tudi sam učinek alkohola je na osebe različen. Nekomu alkohol naredi hujše posledice na motoriki, drugemu na govoru, tretjemu na razmišljanju, četrtemu na čustvenih reakcijah. Tudi različni zunanji vplivi pri psihično labilnih osebah vodijo v zelo različne reakcije pod vplivom alkohola.

V prispevku se sploh ne bi dotikal problematike patološkega opoja, do katerega pride ob majhni količini popitega alkohola. Tudi situacije trenutnega stremženja v stresni situaciji se dogajajo in je tudi to možnost potrebno pri ocenah opisovati.

V vinjenosti pogosto prihaja do spominskih izpadov. Vzroki so lahko tako psihični kot organski. Že same ekstremne čustvene reakcije sprožijo začasno disociativno stanje, med katerimi posameznik izvede dejanja, ki se jih kasneje ne spomni. Izjemna stopnja vzbujenosti med samim obnašanjem pa posega tudi v poznejše iskanje spomina, prepreči se kodiranje in konsolidacija spomina. Na naštetih psihičnih vzroke se seveda nacepi še organski vzrok konkretne intoksikacije z alkoholom oziroma drogami.

Vse navedeno vodi v situacijo, ko lahko več različnih strokovnjakov iste stroke oceni dogajanje povsem različno. Takšna različna mnenja izvedencev se v sodnem postopku pogosto problematizira v samem procesu in tudi v javnosti. Pogosto sodnik konfrontira izvedence med seboj. Če upoštevam vse zgoraj naštetu, pa je povsem normalno, da izvedenci različno vidimo zadeve. Tudi sodniki, tožilci, pravniki vsak po svoje interpretirajo tako zakone kot tudi konkretne dogodke. Celotno različni sodniki bi se v istem sodnem procesu lahko različno odločali. Sodstvo je to različnost navzven zakrilo s svojo hierarhično strukturo. Mnenje višjega sodišča povozi mnenje nižjega sodišča. Predvideva se višja strokovna kompetentnost sodnika, ki je na hierarhično višjem sodišču.

Na področju izvedenstva kaznivih dejanj pod vplivom alkohola oziroma drog je najprej potrebno razjasniti dileme v zvezi z *actio libera in causa*. Gre za izvedbo dejanja, ki je svobodno v svoji odločitvi, ne pa v izvedbi.

Izvedenec mora najprej ugotoviti, ali je bil v zadevnem dejanju storilec v stanju nesposobnosti razumevanja in/ali obvladovanja. Naslednja zadeva je, ali se je pred nastopom tega stanja zavedal ali bi se moral in mogel zavedati, da v takem stanju lahko stori očitano dejanje. Prav tako mora izvedenec ugotoviti, ali se je ta oseba zavedala oziroma bi se morala

in mogla zavedati, da gre za kaznivo in nedopustno dejanje in da z dejanjem lahko nastane prepovedana posledica. Pomembno je, da se izvedenec opredeli, ali je oseba dejanje načrtovala in ali so obstajali notranji vzgibi za to dejanje. Prav tako je potrebno opredeliti, ali je oseba razumela vzročno zvezo med ravnanjem in nedovoljeno posledico.

Sodna praksa loči med naklepnim in malomarnim *actio libera in causa*. Pri klasičnem naklepnem dejanju se je oseba v treznem stanju odločila izvršiti dejanje, vendar se je opila zato, da se opogumi oziroma da premaga svoje notranje odpore. Pri tem je treba vedeti, da gre za običajno nenaklepno dejanje, če oseba v vinjenosti stori drugo dejanje, kot je pa prvotno načrtovala. Dejanje torej mora biti izvršeno, kot je bilo načrtovano. Če se med izvedbo načrtovanega dejanja pojavijo nepredvideni zapleti in oseba v tem napade nekoga, ki ji je slučajno prišel na pot, le-to ne sodi v sklop *actio libera in causa*.

Malomarni *actio libera in causa* pa je dejanje, ki ga oseba izvrši v vinjenem stanju, vendar ga ni vnaprej naklepala. Pomembno je, da je za takšno dejanje zagrožena kazen tudi v primeru izvedbe le-tega kot malomarnost. Tudi pri malomarnosti sodna praksa opredeljuje zavestno in nezavestno malomarnost.

Pri zavestni malomarnosti oseba lahko misli, da se dejanje ne bo zgodilo ali pa, da ga bo lahko preprečila. Oseba se mora zavedati, kaj je kaznivo in se tudi mora zavedati, da iz dejanja lahko nastane prepovedana posledica. Prav tako mora biti osebi jasna vzročna zveza med ravnanjem in nedovoljeno posledico. Pri nezavestni malomarnosti pa se oseba ne zaveda, da bi lahko storila to dejanje, čeprav bi se po svojih osebnostnih lastnostih in okoliščinah tega morala in mogla zavedati.

Meni osebno se na tej točki odpira velika dilema. Oseba, ki je osebnostno slabše deificirana, egoistična, neodgovorna, se ob svojih osebnostnih lastnostih pač neke zadeve zelo težko ali sploh ne more zavedati. Ali je takšni osebi zaradi tega torej dovoljeno opraviti prepovedano dejanje, ki ga osebnostno dobro diferencirani osebi nikakor ne bi oprostili?

Zavedanje osebe o možnih nevarnostih, to je predvidevanje, kaj bi se lahko zgodilo, pa mora biti konkretno. Oseba je podobno dejanje morala že storiti. Morala je imeti izkušnjo, da je na primer v vinjenem stanju že pobesnela in bila nasilna. Morala je biti že opozorjena s strani zdravnika, da ne sme piti, recimo zaradi poškodbe glave ... Ne zadošča zgolj splošno vedenje, da je v pijanosti možno stopnjevanje nasilja. Če ni konkretnega zavedanja o možnih posledicah

in nevarnostih, je dejanje storjeno v neprištevnosti. V psihiatričnem izrazoslovju torej ta oseba ni razumela pomena svojega dejanja.

Mnenje izvedenca je ključno za izrek kazni. Oseba, za katero izvedenec oceni, da je dejanje storila v bistveno zmanjšani prištevnosti, bo pač dobila nižjo kazen. Če pa bo izvedenec opredelil, da je bila oseba neprištevna, se bo lahko izognila kazni ali pa bo po mehanizmu *actio libera in causa* bila deležna polne kazni.

Za objektivno razlikovanje med bistveno zmanjšano sposobnostjo in nesposobnostjo imamo prepogosto premalo objektivnih podatkov. Prav v teh primerih je zato še kako pomembno, da sodnik pred odreditvijo izvedenstva natančno pridobi čim več možnih podatkov.

Sodišče pogosto sprašuje izvedenca, ali gre pri osebi za odvisnost od alkohola oziroma drog. Pri tem je treba jasno opredeliti, da odvisnost sama po sebi ne vpliva na oceno sposobnosti razumevanja in obvladovanja. Ocenjuje se namreč le funkcioniranje v konkretni situaciji. Odvisnost pa je zelo pomemben dejavnik pri oceni nevarnosti za ponavljanje dejanj. Če je oseba odvisna, se bo vedno znova sama postavljala v situacijo, ko bi lahko ponovila očitana dejanja. Če v takšni situaciji rečemo, da oseba ni sposobna vzdrževati abstinence, to ne pomeni, da se ji oprošča odgovornosti. Odvisna oseba ima nedvomno dovolj predhodnih izkušenj, da bi se lahko zavedala možnih posledic pitja. Večina odvisnih ima tudi še vedno dovolj ohranjenih psihičnih sposobnosti, da bi se lahko odločila za zdravljenje.

Obvezno zdravljenje odvisnosti je kontroverzen pojem. Zdravljenje odvisnosti je psihoterapevtski proces in prisilna psihoterapija ni možna. Obvezno zdravljenje tako lahko poteka na površinskem nivoju in rezultati takšnega zdravljenja so zelo vprašljivi. Še posebej so rezultati zdravljenja slabi, če samo zdravljenje prinese osebi tudi korist. Čas hospitalnega zdravljenja naj se zato nikakor ne bi vštevvalo v čas zaporne kazni. Poleg tega bi bilo nujno vzpostaviti uspešne mehanizme spremljanja abstinence po zdravljenju in v primeru recidiva izpeljati ustrezne sankcije.

Ugotavljanje prištevnosti oziroma po psihiatrično sposobnosti razumevanja in obvladovanja je v bistvu filozofske narave. Sprašujemo se o svobodi volje. Ali je izvršeno kaznivo dejanje posledica človekove svobodne odločitve oziroma volje ali pa nas v vedenju determinira splet zunanjih in notranjih dejavnikov ter sil, ki jih človek nima pod nadzorom ali celo ne more nanje niti vplivati.

Ko psihiater v svojem mnenju piše, da so pri osebi



pomembni dedni dejavniki, vzgoja, okolje, pridemo hitro do ugotovitve, da v drugačnem okolju ob drugačni vzgoji bi se tudi dedni dejavniki drugače odzvali. Ali je torej oseba kriva za dedno osnovo in razmere, v katere je bila vržena ob rojstvu? Ali je oseba sama odgovorna za svojo vzgojo in odcepljanje reakcije? Past, ki se nam pri tem kaže, je, da bi bila dednost in vzgoja lahko poceni izgovor za kršenje družbenih norm.

Pri iskanju odgovora na to vprašanje me je impresioniralo mnenje Slavoja Žižka: V svoji najosnovnejši obliki svoboda ni svoboda narediti to, kar hočeš (slediti svojim nagnjenjem brez ovir, vsiljenih od zunaj), marveč, da narediš to, česar NOČEŠ narediti, da PRE-PREČIŠ »spontano« udejanjenje vzgiba ... Elementarno etično dejanje je negativno, preprečitev lastnih neposrednih nagnjenj (2).

Podobno na bistveno bolj preprost način je zapisala Salecl: Za ljudi je značilna prav zmožnost, da lahko delujemo tudi v nasprotju z neposrednimi lastnimi interesi (3).

V nadaljevanju bi vam rad predstavil svoje razmišljanje o meni in mojem nezavednem in ga primerjal z vodnikom psa in njegovim psom. Takšna konkretna opredmetena primerjava nas bi lahko usmerjala ob iskanju pravih odgovorov.

Tako jaz kot vodnik psa sva sposobna razmišljanja, sposobna obvladovati čustva. Imava znanje in spretnosti, ki sva jih nabrala skozi dosedanje življenje, osnova pa se je zapisala že v otroštvu. Oba sva motivirana in pripravljena na odrekanje in naj bi imela moralne in etične norme ustrezno razvite. Če našte tega nimava, sem jaz nezrela osebnost, vodnik pa ni vreden svojega imena.

Tako moje nezavedno kot pes, za katerega vodnik skrbi, sta opredeljena že z genetsko osnovo. Pomembne so izkušnje že v najzgodnejših letih in tudi vse kasnejše. Tako nezavedno kot pes sta bila deležna treninga in poučevanja. Obadva pa živita in delujeta tudi neodvisno od volje mene in vodnika. Tako nezavedno kot pes sta učljiva. Zatiranje in zloraba pa vodita k njunim nepredvidljivim odzivom.

Ko se ga jaz in vodnik psa napijeva, naj bi poskrbela za varne okoliščine pitja. Za vodnika to konkretno pomeni, da psu natakne nagobčnik in žival priveže. Jaz pa naj bi imel pod nadzorom okoliščine in količino alkohola. Seveda pa vedno obstaja nevarnost, da jaz pitja in svojih reakcij ne bom imel pod nadzorom, vodnik pa bo spustil psa brez nagobčnika.

Tako moje nezavedno kot pes bosta v tej zadnji situaciji odreagirala odvisno od tega, kako sta bila

naučena in vzgojena. Lahko čakata, da z vodnikom prideva k sebi. Lahko brezciljno tavata naokrog. Lahko iščeta čim več užitka. Lahko pa se maščujeta za vsa prikrajšanja in trpljenje, ki sta jih bila deležna v življenju.

Če vodniku pes uide in nekoga naključno raztrga, bo vodnik kaznovan, ker psa ni imel pod nadzorom. Kaj pa, če nezavedno v moji vinjenosti podivja in nekoga naključno ubije? Ali moram samo dokazati, da nisem imel nadzora nad njim, pa bom oproščen krivde?

Takšno razmišljanje nam odpira našo lastno subjektivnost pri sojenju in izvedenstvu. Ne moremo govoriti le o psihičnih procesih pri storilcu. Ocena storjenega dejanja je pogosto pogojena z osebnim prepričanjem, moralnimi ocenami in predsodki tako sodnika kot izvedenca.

Če že vse drugo odpove, pa vsaj zaradi definicije »po svojih osebnostnih lastnostih in okoliščinah bi se tega moral in mogel zavedati«, se morata oba, tako sodnik kot izvedenec, zavedati, da sta že v izhodišču pristranska in neobjektivna in da je iskanje pravice in objektivnosti hud miselni in čustveni napor.

Sodnik in izvedenec bodita dobra gospodarja svojem nezavednemu.

#### Dodatek:

V razmislek in utemeljitev vam predstavljam kratek izsek iz sodb sodišč višjih stopenj (4):

#### VSRS Sodba I Ips 33572/2012

Dejstva, da voznik zaspi med vožnjo zaradi utrujenosti, ni mogoče šteti med vzroke oziroma pogoje neprištevnosti. Spanje ni stanje neprištevnosti.

Za neprištevnost se zahtevata dva pogoja, biološki in psihološki. Biološki pogoj je trajna ali začasna duševna motnja ali duševna manjrazvitost.

Stanje, ko se nekdo spravi v položaj, v katerem ni prišteven zaradi uporabe alkohola, drog ali drugih psihoaktivnih snovi, lahko sodi med začasne duševne motnje.

Izvedenec psihiater je ocenil, da je prav biološki učinek kombinacije uspavala in alkohola pri obsojencu v kritičnem trenutku povzročil spanec in tako ukinitvev zavesti ter s tem nesposobnost razumevanja in obvladovanja.

Sodišče ugotavlja, da si je storilec zaradi kombinacije alkohola in zaužitih uspavalnih tablet sam povzročil takšno duševno stanje, ki se je kazalo v obliki spanca, kar je bila posledica delovanja obeh učinkovin.

Storilec je kriv in se ga kaznuje, ker se je zavedal možnih posledic.

#### VSL Sklep I Kp 1247/2000

V ponovljenem postopku bo moralo sodišče ... najprej presoditi, ali je na podlagi zbranih dokazov res mogoče sklepati, da bi obdolženec utegnil biti v času storitve kaznivega dejanja neprišteven, ob morebitni potrditvi takega dvoma s strani v kazenski postopek pritegnjenega izvedenca psihiatra, pa nato presoditi, ali naj bi se obdolženec v neprištevno stanje spravil naklepno in dobro vedoč, da bo v takšnem stanju storil kaznivo dejanje, kakršnega mu v obtožnem aktu očita državni tožilec.

#### VSL Sodba PRp 14/2018

Sodišče ... ni upoštevalo izjemnih okoliščin, ki so obstajale pri obdolženem, to je dejstvo, da alkohola še nikoli prej ni zaužil. Prav tako je zmotno ugotovilo dejansko stanje, ko obdolžencu očita direktni naklep, ker bi moral za direktni naklep obdolženi vedeti, kakšen učinek ima nanj alkohol. Tako ni podlage niti za malomarnost, vse to pa bi moralo imeti vpliv na uporabo določb o odmeri sankcije.

#### **Literatura:**

1. Kazenski zakonik, Uradni list RS, št. 50/2012.
2. Slavoj Žižek. Kako biti nihče, Ljubljana: Društvo za teoretsko psihoanalizo, 2005.
3. Salecl R. et al. Možgani na zatožni klopi, IUS SOFTWARE, GV Založba in Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani, 2015.
4. Spletna stran [www.sodisce.si](http://www.sodisce.si)



## ***Opravičilo in popravek besedila v reviji***

Pri navajanju citatov ob izdaji Priporočil in smernic za uporabo posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji, dopolnjena izdaja 2018, je izpadel spodaj navedeni citat (povzeto po spletni strani COBISS, <https://plus.si.cobiss.net/opac7/bib/8999477>):

Naslov: Priporočila in smernice za uporabo posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji

Drugi avtorji: Dernovšek, Mojca Z., Novak-Grubič, Virginija

Založništvo in izdelava - Ljubljana : Republiški strokovni kolegij za psihiatrijo : Ustanova za razvoj slovenske psihoterapije, 2001

COBISS.SI-ID - 8999477

Avtorjem, še zlasti prvi avtorici, ki je na izpad citata opozorila, se opravičujem in zahvaljujem za podano opozorilo.

**prof.dr. Peter Pregelj, dr.med., spec. psih.**  
predsednik ZP pri SZD

