



Fakulteta za varnostne vede

DIPLOMSKO DELO UNIVERZITETNEGA ŠTUDIJA  
Psihopatologija storilcev nasilnih kaznivih dejanj v Sloveniji in  
Angliji

Maj, 2016

Nina Koren

Mentor:izr. prof. dr. Igor Areh

## Zahvala

*Najprej bi se zahvalila mentorju, dr. Igorju Arehu za pomoč in napotke ter enoti  
Forenzične psihiatrije v Mariboru.*

*Zahvaljujem se posebej še očetu, ki me je skozi študijska leta brezpogojno podpiral  
in fantu Vasji, ki mi je stal ob strani, nudil pomoč,  
podporo in razumevanje.*

*Zahvalila bi se tudi dolgoletnemu prijatelju Matjažu, ki me je podpiral skozi vsa  
leta.*

# Kazalo

1	Uvod .....	7
2	Splošno o duševnih motnjah.....	8
2.1	<i>Opredelitev duševnih motenj .....</i>	<i>8</i>
2.2	<i>Vrste duševnih motenj .....</i>	<i>9</i>
2.3	<i>Vzroki za nastanek duševnih motenj.....</i>	<i>10</i>
2.4	<i>Statistika duševnih motenj po raziskavah.....</i>	<i>11</i>
3	Kazniva dejanja.....	12
3.1	<i>Opredelitev kaznivih dejanj .....</i>	<i>12</i>
3.2	<i>Vrste kaznivih dejanj .....</i>	<i>13</i>
3.3	<i>Storilci kaznivih dejanj .....</i>	<i>14</i>
4	Vpliv drog na obnašanje in odklonsko vedenje .....	15
4.1	<i>Kvalifikacija prepovedanih drog.....</i>	<i>15</i>
4.2	<i>Droge in njihov učinek.....</i>	<i>15</i>
4.3	<i>Vpliv drog na odklonsko vedenje .....</i>	<i>17</i>
5	Duševno zdravje v Sloveniji.....	19
5.1	<i>Povzetek opravljenih raziskav .....</i>	<i>19</i>
5.2	<i>Pogostost duševnih bolezni .....</i>	<i>19</i>
6	Duševne motnje in kazniva dejanja .....	20
6.1	<i>Pogostost prisotnosti duševnih motenj pri storilcih kaznivih dejanj .....</i>	<i>20</i>
6.2	<i>Shizofrenija .....</i>	<i>21</i>
6.3	<i>Blodnjava motnja .....</i>	<i>23</i>
6.4	<i>Razpoloženske (afektivne) motnje .....</i>	<i>24</i>
7	Pravni vidiki psihopatologije .....	26
7.1	<i>Pravo in psihiatrija .....</i>	<i>26</i>
7.2	<i>Hospitalizacija psihiatričnega bolnika po Zakonu o duševnem zdravju (Uradni list RS št. 77/2008) .....</i>	<i>27</i>
7.3	<i>Pomoč policije pri hospitalizaciji bolnika brez njegove privolitve .....</i>	<i>28</i>
8	Psihiatrično izvedenstvo .....	29
8.1	<i>Psihiatrični izvedenec.....</i>	<i>29</i>
8.2	<i>Izvedenstvo v kazenskopравnih zadevah.....</i>	<i>30</i>
9	Izvajanje varnostnih ukrepov .....	33
9.1	<i>Varnostni ukrepi storilcem kaznivih nasilnih kaznivih dejanj.....</i>	<i>33</i>
9.2	<i>Dileme izvajanja varnostnih ukrepov.....</i>	<i>34</i>
9.3	<i>Predstavitev Enote za forenzično psihiatrijo Maribor .....</i>	<i>34</i>

<b>10</b>	<b>Primerjava podatkov o storilcih kaznivih dejanj z duševnimi boleznimi med Slovenijo in Anglijo .....</b>	<b>35</b>
<b>10.1</b>	<b>Anglija .....</b>	<b>35</b>
10.1.1	Uvod .....	35
10.1.2	Povzetek ugotovitev .....	35
10.1.3	Rezultati .....	36
<b>10.2</b>	<b>Slovenija .....</b>	<b>39</b>
<b>11</b>	<b>Razprava .....</b>	<b>40</b>
<b>12</b>	<b>Viri .....</b>	<b>43</b>
<b>13</b>	<b>Priloge .....</b>	<b>46</b>

#### **Kazalo slik**

Slika 1:	Porazdelitev duševnih motenj v VB (Coid et al., 2006) .....	11
Slika 2:	Etnična pripadnost (Gunn et al., 1991).....	37
Slika 3:	Porazdelitev kaznivih dejanj med udeleženci (Gunn et al., 1991).....	37
Slika 4:	Porazdelitev duševnih boleznih med udeleženci raziskave (Gunn et al., 1991).....	38

## Povzetek

V današnjem hitrem tempu življenja ni več nenavadno, da se povečuje število ljudi, ki so pod vplivom stresa. Problem stresnega življenja je v tem, da se v primeru ignoriranja le-tega težava samo še povečuje. Iz stresa se lahko razvije marsikatera bolezen, ne le duševna. Človek pod hudim stresom ne razmišlja več racionalno in dela več napak kot ponavadi. Zato ni nič nenavadno, da včasih slišimo o nesrečah na delovnem mestu, avtomobilskih nesrečah ter nesrečah doma.

Stres je samo en dejavnik duševne bolezni. Velikokrat spregledana bolezen današnjega časa je tudi anksioznost. Kasneje bom tudi opisala in razložila simptome te pogoste duševne bolezni. Anksioznost lahko privede do hujših duševnih bolezni, včasih celo do kriminalnih dejanj.

V diplomski nalogi ugotavljam tudi, da je v današnjem času tudi zelo pogosta stigmatizacija duševnih bolezni. Človek z duševno boleznijo je zaradi tega "ujet" v oklep bolezni. Ne upa si poiskati pomoči ali obiskati terapevta, saj se boji, da bo zaradi tega stigmatiziran. Duševna bolezen je enaka kot vsaka druga telesna bolezen in če se je ne zdravi lahko prav tako pride do hudih bolezni, torej tudi do kaznivih dejanj. Osebe z duševnimi boleznimi je tako potrebno podpirati, da si najdejo pomoč, ter tako olajšati življenje njemu in ljudem, ki so mu blizu.

V diplomskem delu sem ugotovila, kako so duševne bolezni povezane s kaznivimi dejanji in kako pogoste pravzaprav so v Sloveniji in tujini. Raziskovalci si niso prav enotni na tem področju. Povzela bom ugotovitve iz raziskave, ki je bila opravljena v zaporu Durham v Angliji. Kot je razvidno v nadaljevanju, so raziskovalci pri osebah odkrili več duševnih bolezni, največ je bilo osebnostne motnje, anksioznosti in shizofrenije. Kot bomo spoznali v nadaljevanju, poznamo tudi več tipov shizofrenije. Raziskala bom še vpletenost drog, jih opredelila, ter raziskala morebitno vlogo na poslabšanje duševnih bolezni.

**Ključne besede:** storilci, kaznivo dejanje, duševna bolezen, psihopatologija

## Summary - Psychopathology of perpetrators of violence in Slovenia and England

We are forced to live a fast-paced life. Therefore it is not unusual, that there are a lot of people affected by stress. Ignoring stress has its consequences. There are a number of diseases that originate or are compounded by stress. Stress cause symptoms, physical or mental ones. In the thesis I investigate mental symptoms that manifest itself in a form of a criminal offense. Who suffers from severe stress can not think rationally anymore and makes more mistakes than usual. So it is also not unusual that there are a lot work related accidents, car accidents, accidents at home or as the worst case, deviant responses.

However, stress is only one of the factors of a mental illness. A mental disease, which is often overlooked is anxiety. Later I will explain symptoms of this mental disease. Anxiety is often also a cause or confounding factor for other mental diseases and criminal activities.

In the thesis I will also found out that there is a lot of stigma of mental diseases. People with mental illnesses are therefore somehow "traped" and they do not see a way out. They are afraid of looking for help or go to a therapist because of the stigma. A mental illness is the same as some other physical disease. If a person does not go and see a doctor, the symptoms deteriorate and can result in a criminal act. We should encourage people who suffer from mental diseases to seek help.

In this thesis I am investigating what is the connection between mental health and criminal activity. As we will see, the researchers have different opinions. I will take a look in a study that took place in Durham prison, England. The researchers discovered several different mental diseases. Most common are personality disorder, anxiety and schizophrenia. I will also explain different types of schizophrenia. I will also explain different types of drugs and their impact on state of mental disease and connection to criminal activity.

**Key words:** perpetrators, criminal offense, mental disease, psychopathology

# 1 Uvod

Oprelitev duševnih bolezni je več. Da pa bi jih lahko sploh začeli razlagati je pomembno vedeti, kaj naj bi pomenilo biti "normalen" oziroma "nenormalen". Normalno naj bi bilo vse, kar se ujema s postavljenimi normami. Vsaka družba namreč postavlja svoje norme, zato je pričakovano, da se vedemo v skladu z njimi.

Duševna bolezen ni odraz šibkega značaja. Duševne bolezni izvirajo iz interakcije med fizičnimi, psihološkimi, socialnimi, kulturnimi in genetskimi dejavniki. Za njih so značilne motnje zaznavanja, čustvovanja, mišljenja in vedenja. Učinki in posledice duševnih bolezni so lahko začasne ali trajne. So pa vsekakor škodljivi, če se duševna bolezen ne zdravi.

V diplomskem delu me bo zanimala povezava med duševnimi boleznimi ter kaznivimi dejanji, oziroma storilci, ki trpijo za določeno boleznijo. Najprej bom predstavila pojem duševnih bolezni ter jih opredelila. Kasneje se bom posvetila kaznivim dejanjem ter njihovo opredelitvijo v zakonih in predpisih. V diplomskem delu bom tudi predstavila ugotovitve študije, ki je opravila raziskavo na področju povezave med kaznivimi dejanji in storilci z duševnimi boleznimi v zaporu Durham v Angliji. Predstavila bom tudi intervju s predstojnikom Enoto za forenzično psihiatrijo, v katerem se zdravijo obsojenci, ki jim je bil izrečen ukrep prisilne hospitalizacije.

V svojem diplomskem delu želim prikazati, da je duševna bolezen pri storilcih bolj pogosta kot si mislimo. Po mojem mnenju je javnost kar precej seznanjena s tem problemom, vendar menim, da je na tem področju še vedno veliko zatiskanja oči.

V diplomski nalogi želim raziskati povezavo kaznivih dejanja s storilci, ki jim je bila diagnosticirana določena duševna bolezen. Zanimalo me bo, v kakšni meri je duševna bolezen povezana s kaznivimi dejanji in kako pogoste pravzaprav so duševne bolezni.

Najprej bom s pregledom različnih strokovnih člankov s področja psihopatologije opredelila pojme, pojave in ugotovitve, ki so povezane s tematiko duševnih bolezni in kaznivimi dejanji. Opisala bom pomembnejše študije na področju duševnih motenj in povezave le-teh s storilci kaznivih dejanj.

Med drugim bom tudi sodelovala z Enoto za forenzično psihiatrijo v Mariboru, kjer bom opravila intervju z dr. Miranom Pustoslemškom. Dr. Pustoslemška bom soočila z rezultati angleških študij o povezanosti med duševnimi boleznimi in kaznivimi dejanji. Podatke iz Anglije bom pridobila iz opravljene študije v zaporu Durham. Zanimalo me

bo, ali se slovenska stroka strinja z zaključki in ali zaznava enake trende, kot je to ugotovila angleška. Njihove ugotovitve bom tudi predstavila v tabelah in grafikonih.

## 2 Splošno o duševnih motnjah

### 2.1 Opredelitev duševnih motenj

Da bi lažje razumeli duševne bolezni ter njihovo povezavo s kaznivimi dejanji, bom v začetku razložila vzroke in izvore duševnih bolezni, ter jih na kratko opredelila. Z njihovo natančno razlago se bomo srečali v nadaljevanju.

Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization [WHO], 2016) opredeljuje duševno zdravje kot »stanje dobrega počutja, v katerem posameznik uresničuje svoje sposobnosti, normalno obvladuje stres v vsakdanjem življenju, svoje delo opravlja produktivno in je sposoben prispevati k skupnosti, v kateri živi. Duševno zdravje se nanaša na široko paleto dejavnosti, ki so neposredno ali posredno povezane s komponento duševnega zdravja, ki je sestavni del definicije zdravja, ki ga WHO pojmuje kot "stanje popolnega telesnega, psihološkega in socialnega blagostanja". Zdravje torej ne pomeni samo odsotnosti bolezni, temveč tudi določeno stopnjo telesnega in duševnega razvoja ter socialne blaginje, kar je neizogibno vpeto med determinante zdravja (individualne, okoljske, družbene, institucionalne, ...). To je povezano s spodbujanjem dobrega počutja, preprečevanjem duševnih motenj, ter zdravljenjem in rehabilitacijo oseb z duševnimi motnjami. Na duševno zdravje vplivajo številni osebni dejavniki, dejavniki iz okolja (biološki, psihološki, sociološki, ekonomski, politični in kulturni), družinska struktura ter z njo povezani medosebni odnosi, odnosi na delu, zaposlitvene možnosti, zdravstveno in socialno stanje in drugi dejavniki (WHO, 2016).

Duševne motnje zajemajo stanja motenega mišljenja, čustvovanja in vedenja (Flaker in Lamovec, 1993). Povzročajo jih zapleteno medsebojno delovanje telesnih, duševnih, družbenih, kulturnih in dednih vplivov.

Duševne motnje opredelimo kot oznako za bolezni, za katere je značilno, da imajo skupne različne kombinacije bolezensko spremenjenega mišljenja, čustvovanja, zaznavanja, motenega obnašanja in prizadetosti spoznavanja ter spomina. Bolnik je zaradi teh simptomov prizadet, oslABLJENO je njegovo funkcioniranje ter vsakodnevne probleme težje in manj učinkovito rešuje. Bolj verjetno je, da bo zaradi te motnje pri bolniku prišlo do posledic, kot so: telesne posledice ali poškodbe, izguba svobode (npr.



hospitalizacija brez soglasja), smrt (npr. zaradi samomora) ali splošno zmanjšanje sposobnosti in učinkovitosti. Duševne motnje diagnosticira zdravnik - psihiater po dveh uveljavljenih klasifikacijskih sistemih. V Evropi je to Mednarodna klasifikacij bolezni (MKB-10).

## **2.2 Vrste duševnih motenj**

Sistemi klasifikacije, ki vsebujejo pojme in njihove opredelitve, so pomembni za usklajeno zbiranje podatkov in so ključnega pomena za raziskovalce, ponudnike storitev in ljudi, ki so diagnosticirani z duševno motnjo (Kobal, 2009). Trenutno obstajata dva preverjena klasifikacijska sistema za kategoriziranje duševnih motenj.

Prvi je klasifikacijski sistem Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov 10. revizije (MKB-10, 2006) v poglavju z naslovom Duševne in vedenjske motnje, ki ga objavlja Svetovna zdravstvena organizacija. Drugi pa je Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj (DSM-IV), ki ga izdaja Ameriško psihiatrično združenje (APA). Oba seznama kategorij motenj zagotavljata standardizirane kriterije za diagnozo. Na splošno se duševne motnje razvrščajo ločeno od nevroloških motenj, učnih težav, duševne zaostalosti in odklonskega vedenja.

Mednarodno klasifikacijo bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov (MKB-10) objavlja Svetovna zdravstvena organizacija. Ta kvalifikacija razdeljuje duševne bolezni na naslednje vrste (WHO, 2016):

Organske, simptomatske duševne motnje:

- Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi
- Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje
- Razpoloženske (afektivne) motnje
- Nevrotske, stresne in somatoformne motnje
- Vedenjski simptomi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki
- Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi
- Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)
- Motnje duševnega (psihološkega) razvoja
- Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci
- Neopredeljena duševna motnja
- Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi

- Akutna zastrupitev
- Škodljivo uživanje
- Sindrom odvisnosti
- Odtegnitveno stanje
- Otegnitveno stanje z delirijem
- Psihotična motnja
- Amnestični sindrom
- Rezidualna ali pozno nastala psihotična motnja
- Druge duševne in vedenjske motnje
- Nespecifične duševne in vedenjske motnje

Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (WHO, 2016):

- Shizofrenija
- Shizotipska motnja
- Trajne blodnjave motnje
- Akutne in prehodne psihotične motnje
- Inducirana blodnjava motnja
- Shizoafektivne motnje
- Druge neorganske psihotične motnje
- Neopredeljena neorganska psihoza

Razpoloženjske (afektivne motnje) (WHO, 2016):

- Manična epizoda
- Bipolarna afektivna motnja
- Organska razpoloženjska motnja
- Organska depresivna motnja
- Organska mešana afektivna motnja
- Druge razpoloženjske motnje

### ***2.3 Vzroki za nastanek duševnih motenj***

Številni dejavniki so lahko vzrok za nastanek duševnih motenj. Obstaja več različnih teorij različnih šol in znanosti (Kobal, 2009). Ene izmed najbolj znanih so biološka, psihološka in socialna razlaga. Večina strokovnjakov se sicer strinja, da je vzrok za nastanek vpliv in kombinacijo vseh treh teorij.

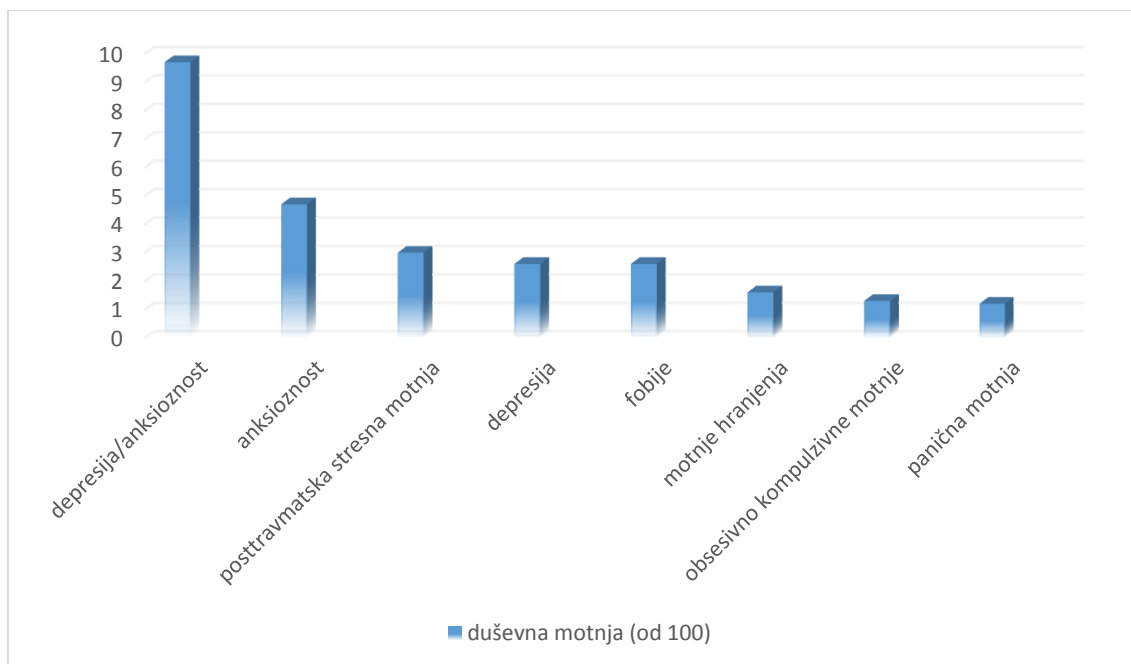
- Biološka teorija (Kobal, 2009): ena izmed najbolj znanih in z dokazi podkrepljenih teorij. Oseba z duševno motnjo ima spremenjeno strukturo možganov ter spremenjeno njihovo funkcijo. Gre za odstopanje od normalne možganske strukture ali funkcije. Osebe s shizofrenijo na primer imajo v visokem odstotku povečane možganske ventrikle in zmanjšane sive substance možganske skorje. Vzrok duševnih motenj naj bi bilo neravnovesje med snovmi, ki jih izločajo možganske celice (nevrottransmiterji). Osebe z depresijo in anksioznostjo imajo neravnovesje med nevrottransmiterjema serotoninom in noradrenalinom. Pri psihozi ima tako velik pomen dopamin, pri demenci pa acetilholin. Genetske študije so potrdile, da sta shizofrenija in bipolarna motnja (zelo verjetno) podedovani.
- Psihološka teorija (Kobal, 2009): domneva se, da lahko zelo pogosto psihološki konflikt, kriza, stres ali psihološka travma pri osebi privede do nastanka duševnih bolezni. Kot primer lahko damo osebo, ki ga je v otroštvu ugriznil pes in kasneje razvije iracionalen strah ali fobijo pred psi. Kot še en primer lahko vzamemo osebo, ki je bila v otroštvu priča hujšim in trajnejšim stresom (nestalen odnos s pomembno osebo v otroštvu, hudi konflikti, ipd.) lahko kasneje v odraščajoči dobi zbolijo za anksioznostjo, depresijo ali psihozo.
- Socialne teorije (Kobal, 2009): sociologi predpostavljajo, da je lahko duševna bolezen povezana s stanji v človekovem okolju ali celo direktna posledica pomembnih dogodkov. Več obolelih za duševnimi motnjami so na primer odkrili po večji naravni ali drugačni katastrofi (teroristični napadi).

## **2.4 Statistika duševnih motenj po raziskavah**

Kako pogoste pravzaprav so duševne motnje? V Veliki Britaniji bo en od štirih zbolel za duševno boleznijo. Število ljudi z duševnimi boleznimi se v zadnjih letih ni drastično povečalo. Več je sicer stresa. Govorimo o stresu v vsakdanjem življenju. Vsak odrasel človek se namreč sooča s finančnimi, družinskimi in drugimi težavami. Zaradi tega so ljudje pod velikimi pritiski, posledično pride tudi do izžetosti zaradi stresa. To pa vpliva na psihično in fizično zdravje. Vsake 7 let v Angliji naredijo raziskavo med ljudmi, ki trpijo za različnimi duševnimi boleznimi (Coid, Roberts, Tyrer, Ullrich in Yang, 2006).

Coid et al. (2006) so prišli do ugotovitev, ki so predstavljene na sliki 1.

Slika 1: Porazdelitev duševnih motenj v VB (Coid et al., 2006)



Raziskava je med drugim pokazala, da je imela vsaj 17 od 100 ljudi tekom življenja že samomorilske misli ter da so se 3 od 100 že samopoškodovali.

Kot lahko vidimo iz grafikona, je duševnih bolezni kot so depresija in anksioznost največ. Depresija in anksioznost sta bolezni, kjer bolniki tudi najmanj poiščejo pomoč, saj se bojijo biti stigmatizirani. Rečemo jim lahko tudi bolezni današnjega časa. Depresija in anksioznost sta bolezni, ki ne prizadane le bolnika, ampak pogosto tudi bližnje.

### 3 Kazniva dejanja

#### 3.1 Opredelitev kaznivih dejanj

Ker raziskujem povezavo med duševnimi boleznimi in storilci kaznivih dejanj, naj najprej opredelim še pojem kaznivega dejanja, njihovo opredelitev in storilce kaznivih dejanj. (Kazenski zakonik RS, KZ-1, 2012). Kaznivo dejanje opredeljuje 7. člen: Kaznivo dejanje je protipravno dejanje, ki ga zakon zaradi njegove nevarnosti določa kot kaznivo dejanje in hkrati določa njegove znake in kazen zanj.

8. člen opredeljuje način izvršitve (Kazenski zakonik RS, KZ-1, 2012):

1. Kaznivo dejanje je lahko izvršeno s storitvijo ali z opustitvijo.
2. Kaznivo dejanje je lahko izvršeno z opustitvijo samo, če je storilec opustil dejanje, ki bi ga moral storiti.

3. Z opustitvijo je lahko izvršeno tudi kaznivo dejanje, ki ga zakon ne določa kot opustitveno kaznivo dejanje, če storilec ne prepreči prepovedane posledice. V takšnem primeru se storilec kaznuje za opustitev samo, če je bil dolžan preprečiti nastanek prepovedane posledice in če je opustitev za nastanek takšne posledice enakega pomena kot storitev.

9. člen opredeljuje čas izvršitve kaznivega dejanja (Kazenski zakonik RS, KZ-1, 2012):

Kaznivo dejanje je izvršeno takrat, ko je storilec delal ali bi moral delati, ne glede na to, kdaj je nastala posledica.

10. člen pa opredeljuje kraj izvršitve kaznivega dejanja (Kazenski zakonik RS, KZ-1, 2012):

1. Kaznivo dejanje je izvršeno tako na kraju, kjer je storilec delal ali bi bil moral delati, kakor tudi na kraju, kjer je nastala prepovedana posledica.
2. Za poskus kaznivega dejanja se šteje, da je bil izvršen tako na kraju, kjer je storilec delal, kakor tudi na kraju, kjer naj bi po njegovem naklepu nastala ali bi lahko nastala prepovedana posledica.

### **3.2 Vrste kaznivih dejanj**

Kazniva dejanja delimo na več vrst. Kazniva dejanja opredeljuje posebni del Kazenskega zakonika KZ-1.

Deli jih na kazniva dejanja zoper (Kazenski zakonik RS, KZ-1, 2012):

- človečnost
- življenje in telo
- človekove pravice in svoboščine
- volilno pravico in volitve
- čast in dobro ime
- spolno nedotakljivost
- človekovo zdravje
- zakonsko zvezo, družino in otroke
- delovno razmerje in socialno varnost
- premoženje
- gospodarstvo
- pravni promet

- uradno dolžnost in javna pooblastila
- vojaško službo
- pravosodje
- javni red in mir
- splošno varnost ljudi in premoženja
- varnost javnega prometa
- okolje, prostor in naravne dobrine
- suverenost Republike Slovenije in njeno demokratično ustavno ureditev
- obrambno moč države
- mednarodno pravo

### ***3.3 Storilci kaznivih dejanj***

V nadaljevanju naloge se bomo posvetili storilcem kaznivih dejanj z duševnimi boleznimi, zato naj na kratko opredelim še pojem storilca kaznivega dejanja (Kazenski zakonik RS, KZ-1, 2012).

Storilce kaznivih dejanj določa 20. člen.

(1) Storilec kaznivega dejanja je vsak, ki ga stori osebno ali z izrabljanjem in vodenjem ravnanj drugega (posredni storilec).

(2) Storilec kaznivega dejanja je tudi vsak, ki skupaj z drugim stori kaznivo dejanje, tako da zavestno sodeluje pri storitvi ali kako drugače odločilno prispeva k storitvi (sostorilka oziroma sosterilec).

Storilci kaznivih dejanj, ki jim je bil izrečen ukrep prisilne hospitalizacije v Sloveniji kazen prestajajo v Enoti forenzične psihiatrije v Mariboru, ki jo bom bolj podrobno predstavila v nadaljevanju.

Kazenske sankcije so posledica obsodilne sodbe sodišča. Ker so predmet diplomske naloge storilci kaznivih dejanj z duševnimi boleznimi se bom posvetila ukrepu prisilne hospitalizacije, naj pa vseeno opredelim še širši pojem.

Kazenske prav tako določa Kazenski zakonik (2012) in sicer v njegovem 5. členu:

(1) Kazenske sankcije so: kazni, opozorilne sankcije, varnostni ukrepi in vzgojni ukrepi.

(2) Za kaznivo dejanje je v zakonu vedno določena kazen. Druge sankcije iz prejšnjega odstavka se izrekajo po določbah splošnega dela tega zakonika .

(3) Ob pogojih, določenih s tem zakonikom, se proti storilcu zaradi storjenega kaznivega dejanja ali izrečene kazenske sankcije uporabita tudi odvzem premoženjske koristi in objava sodbe.

## **4 Vpliv drog na obnašanje in odklonsko vedenje**

### **4.1 Kvalifikacija prepovedanih drog**

Ker so tudi droge po nekaterih študijah pomemben del storjenih kaznivih dejanj, bom v nadaljevanju naštel vrste drog, ter njihov vpliv na obnašanje.

Svetovna zdravstvena organizacija razvršča prepovedane droge na naslednje vrste (WHO, 2016):

- Depresorji centralnega živčnega sistema: znižujejo živčno aktivnost, veliko se jih uporablja v medicini. Največ je teh zdravil, s katerimi se odpravljajo bolečine, zdravila, ki umirjajo živčevje, ter pripravki, ki jih uporabljajo pri motnjah s spanjem. Med te spadajo: narkotični analgetiki, trankvilizatorji, hipnotiki, anestetiki in antiepileptiki.
- Stimulansi: te droge izzovejo stanje evforije in osebo naredijo budno ter poživijo. Posledica dolgotrajne zlorabe teh drog so halucinacije. Ob prenehanju jemanja se pojavijo abstinenčne težave, kot je razdraženost, nemirnost, utrujenost in depresija.
- Halucinogeni: snovi, ki povzročajo psihozam podobna stanja z motnjami v čutnih zaznavah.
- Kanabis: v to vrsto uvrščamo hašiš, hašiševo olje in marihuano. V tej vrsti ni polysintetičnih in sintetičnih mamil oziroma psihotropnih snovi.

### **4.2 Droge in njihov učinek**

V nadaljevanju se bom bolj podrobno posvetila vplivu drog na obnašanje in raziskala povezavo med zlorabo drog in odklonskim vedenjem.

Droge so sredstva, vplivajo na kemično ravnovesje osrednjega živčnega sistema ter tako spreminjajo počutje, mišljenje in vedenje uživalca. Droge povzročajo mnogo zla in na problem drog lahko gledamo iz več vidikov.

Zgodovina uporabe drog sega v sredino prejšnjega stoletja. Najbolj se je razširila v šestdesetih (predvsem zaradi pojava nove glasbe in vpliva medijev). Leta 2007 je bila opravljena nacionalna raziskava o uporabi drog (United States Department of Health and Human Services, 2007). Pokazala je, da je že 8% oseb starejših od 12 let poskusila nedovoljene droge. Med droge štejemo tudi alkohol. Ta je v ZDA po uporabi najbolj razširjen. Najbolj razširjena nedovoljena droga pa je marihuana, saj ista raziskava iz leta 2008 pravi, da je to drogo poskusilo že 3,9 % oseb med 15 in 64 letom.

Slovenski kazenski zakonik ureja področje preprodaje drog v 186. členu z naslovom Neupravičena proizvodnja in promet s prepovedanimi drogami, nedovoljenimi snovmi v športu in predhodnimi sestavinami za izdelavo prepovedanih drog (Kazenski zakonik RS, 2012). Ta določa kazen od 1 do 15 let zapora (odvisno od vrste kaznivega dejanja proizvodnje ali prometa). Pravna obravnava drog v Sloveniji je v veliki meri urejena s konvencijo ZN. Slovenija je podpisnica Konvencij Združenih narodov: Enotne Konvencije o mamilih iz leta 1961 (Single Convention on narcotic Drugs, 1961) in Konvencije o psihotropnih snoveh iz leta 1971 (Convention on Psychotropic Substances, 1971).

Prepovedane droge so rastline ali substance naravnega ali sintetičnega izvora, ki imajo psihotropne učinke ter lahko vplivajo na telesno ali duševno zdravje ali ogrožajo primerno socialno stanje ljudi (Drogart, 2016). Glede na resnost nevarnosti raven ogrožanja za zdravja ljudi, ter namenu uporabe v medicini jih uvrščamo v tri skupine.

Danes bi na svetu težko našli državo, ki se ne bi ukvarjala s problemi kriminala na področju drog ter njihove zlorabe (Foundation for a Drug-Free World, 2016). Ker je globalizacija povzročila vedno večjo povezanost in soodvisnost sveta, problem zlorabe drog in trgovine z njimi ne postaja samo državni, ampak vse bolj tudi svetovni problem. Globalna tržna ekonomija ponuja priložnosti za različne kriminalne organizacije, pomembno je le, kako jih znajo izkoristiti. Preprodajalci z drogami so se zelo dobro odzvali nanje, kajti trgovina z drogami prinaša izjemno velike dobičke, ker se vrednost produkta povečuje na vsaki stopnji proizvodnje in ponudbe. Trgovina z drogo je večplasten problem, ki ima veliko stranskih posledic in učinkov. Z njo je povezanih mnogo negativnih dejavnikov, ki slabijo državo in njen monopol. Med najpomembnejšimi so korupcija, nasilje, pranje denarja ter terorizem. Zdi se, da je



nemogoče zaustaviti to najbolj donosno industrijo na svetu, ki naj bi po dobičku že prehitela naftno industrijo. Denar pridobljen s pomočjo trgovine z drogo, je za nekatere revne države celo dejavnik, ki omogoča njihovo gospodarsko preživetje. Države so pogosto neuspešne pri zbiranju davkov, zato lahko z dobički te trgovine nadomestijo izgube davčnega oz. finančnega sektorja.

Na učinek droge vpliva količina vzete droge (Drogart, 2016). To pomeni, da majhna količina deluje kot stimulant (spodbudi neko obnašanje/reakcije), medtem ko večja količina deluje kot sedativ (upočasni), prevelika količina pa je lahko že smrtna. Droge imajo učinek na možgane (mišljenje, zaznavanje in učenje). Posameznikova percepcija (zaznavanje okolice in sebe) je motena. Zaradi tega so njihove reakcije iracionalne, neprimerne in tudi (samo)destruktivne. Jemanje zdravil brez recepta ali neupoštevanje navodil pri njihovi uporabi ima tudi lahko negativne učinke, tako da nekatera zdravila (pomirjevala ipd.) tudi štejemo pod nedovoljene droge. Droge vplivajo na razum, saj človeku ustvarijo popačeno sliko (ne zaznavajo sveta normalno), torej se tudi njihove reakcije ne skladajo z realnostjo. Osebe, ki imajo težave z drogo, jo ponavadi jemljejo še več zaradi tega, ker se hočejo počutiti boljše, vendar ko učinek popusti, se počutijo še slabše kot prej. Najpogostejši razlog da posameznik sploh poskusi je, ker si želi spremembe. Ne gre se za spremembe, kot si jih ponavadi ljudje želimo, ampak se gre za nekaj specifičnega (to kar posamezniku "manjka" in hoče z drogo to nadomestiti). Mladi največkrat poskusijo drogo zaradi tega, ker hočejo nekam spadati (da so sprejeti v družbo). Drugi razlogi so tudi sprostitev, dolgčas, upor, eksperimentiranje (Drogart, 2016). Največkrat se tako spopadajo s problemi, mislijo, da bo tako problem "izginil", vendar s tem, ko postanejo odvisni od droge zapadejo v še večje probleme.

Droge bodo vedno velik družbeni problem. Res je, da preprodaja drog velja kot kaznivo dejanje, sama menim, da temu poglavju še vedno posvečamo premalo pozornosti. Veliko je skupin, ki se s tem ukvarja, vendar se jih ne odkrije, saj so dobro organizirani in skriti. Droge povzročajo ogromne ekonomske ter socialne stroške (bolezni, smrti, socialne probleme). Po drugi strani pa so tudi odvisniki od droge v naši družbi stigmatizirani. Dejstvo je, da ima vsak odvisnik svoj razlog, da je drogo sploh začel jemati. Tukaj gre za psihološke težave in ko se končno odkrijejo pri posamezniku, mu je treba nuditi pomoč in le tako se lahko reši iz začaranega kroga, ki se največkrat konča tragično.

### **4.3 Vpliv drog na odklonsko vedenje**

Zloraba drog in alkohola ima zelo velike posledice na odnose v družini ter na človekova dejanja. V ZDA je v 80% primerih vzrok različnih kaznivih dejanj zloraba droge in/ali alkohola (Foundation for a Drug-Free World, 2006). Ponavadi gre za kazniva dejanja nasilja v družini, vožnje pod vplivom, preprodaja drog in kršitve javnega reda in miru. V ZDA se soočajo z drogami tudi v zaporu. 50% zapornikov je namreč zasvojenih. Približno 60% aretiranih oseb za različna kazniva dejanja je na testu za droge pozitivnih.

Povezava med drogami in kriminalom je zelo kompleksna. Vprašanje je, ali zloraba drog ljudi vodi do kriminalnega obnašanja ali so te osebe, ki jemljejo droge že nagnjene do kriminalnega vedenja. Pri najbolj intenzivnih jemalcih drog je kriminalno vedenje in njihova zloraba drog zelo močno povezana.

Obstajajo trije tipi kriminala povezanega z drogami (Foundation for a Drug-Free World, 2006):

- Z drogami povezan kriminal: kriminal, ki ga povzročajo odvisniki od drog, ki se direktno uživajo. Tej povzročajo kazniva dejanja kot posledica, ki ga ima droga na njihovo razmišljanje in obnašanje.
- Ekonomsko povezan kriminal: kriminal, ki ga povzročajo odvisniki, da bi si zagotovili njihovo potrebo po drogi, npr. kraja.
- Proizvodnja drog: ta kriminal vključuje proizvodnjo samih drog, transport in preprodajo, tukaj štejemo tudi nasilno vedenje povzročeno med proizvodnjo in preprodajo - spori med različnimi združbami in preprodajalci.

Osebe, ki so pod vplivom drog bodo bolj verjetno povzročitelji kaznivih dejanj, kot so na primer vlomi, ropi ali da bodo aretirani, ko bodo drogo imeli pri sebi. Leta 2004 (United States Department of Health and Human Services, 2004) je v ZDA 17 % zapornikov priznalo, da so storili kaznivo dejanje, da bi prišli do drog ali denarja.

Po podatkih ameriškega ministrstva za pravosodje imajo droge velik vpliv tudi na kazniva dejanja nasilja v družini. Dve tretjini kaznivih dejanj so namreč povzročile osebe, ki so bile odvisne od alkohola ali drog. Nasilje v družini ima velik vpliv tudi na druge člane družine, ki niso bile žrtve kaznivega dejanja nasilja. Študija, ki so jo naredili v Massachusettsu (United States Department of Health and Human Services, 2007) je razkrila, da imajo otroci, ki so bile priče psihične ali fizične zlorabe 50% več možnosti, da bodo tudi sami nekoč poskusili ali bili odvisni od drog. Pri nasilju v družini ima pa še vedno večji vpliv alkohol kot droge.

## 5 Duševno zdravje v Sloveniji

### 5.1 Povzetek opravljenih raziskav

V Sloveniji je bilo v zadnjih letih opravljenih kar nekaj raziskav med splošno in otroško populacijo. Raziskovalce je zanimalo, koliko ljudi je na splošno zadovoljnih oziroma nezadovoljnih s svojim življenjem, njihovo splošno počutje, ter morebitni prisotni znaki duševnih bolezni.

Naštela bom nekaj izsledkov raziskave (Inštitut za varovanje zdravja [IVZ], 2009) .

Leta 2006 (Slovensko javno mnenje 2006/1): dobrih 12 % anketirancev ni zadovoljno s svojim življenjem, 37 % jih ocenjuje, da ne najdejo časa za stvari, ki jih osrečujejo, 5 % se jih je večino časa počutilo depresivne, dober 1 % pa ves čas. V zadnjem tednu jih je bilo žalostnih 7 %, dobrih 2 % pa ves čas. Dobrih 17 % se v zadnjem tednu niso počutili srečne, 2 % pa ves čas.

Leta 2001/2002 (IVZ, 2002): 25 % anketirancev se je v času anketiranja ves čas ali zelo pogosto počutilo tesnobno, pod stresom ali žalostno. Odstotek doživljanja stresa naj bi bil višji med ženskami, starimi med 40 in 49 let, za tem se pa znižuje. Stres je tudi pomembno povezan z družbenim slojem. Najvišja stopnja je na najnižjem ter na najvišjem sloju. Pogostejši pa je tudi med prebivalci, ki živijo v mestnem okolju.

Leta 2006 (IVZ, 2006): 12,7 % ljudi je moralo zaradi težav, povezanih z duševnim zdravjem letu izostati od dela. Le slaba polovica jih je poiskala zdravniško pomoč, najpogosteje pri osebnemu zdravniku. 9,6 % od teh jih je jemalo zdravila. Raziskava je tudi pokazala, da so bolj pogosto pomoč iskale ženske. Med zdravili so prevladovala pomirjevala, zdravila iz domače lekarne, uspavala in ostala.

### 5.2 Pogostost duševnih bolezni

Pri moških in ženskah v Sloveniji je na podlagi omenjene raziskave (Inštitut za varovanje zdravja, 2009) najpogostejša duševna bolezen še vedno depresija. Sledijo ji anksiozne motnje ter stres in prilagoditvena motnja.

Pri moških prevladujejo tudi motnje, povezane s prekomernim uživanjem alkohola, shizofrenija, psihotipske in blodnjave motnje.

Pri ženskah med drugim prevladujejo še organske, tudi simpomatske duševne motnje, kjer spada tudi demenca (zaradi večjega števila žensk starejših od 65 let) in druge nevrotske motnje (IVZ, 2009).

Pomoč še vedno več iščejo ženske, jemanje zdravil je prav tako najbolj pogosto pri njih. Problem bi lahko tudi bila stigmatizacija duševnih bolezni. Smiselno je delati na destigmatizaciji, saj je pomembno, da oseba z duševno motnjo poišče zdravniško pomoč, s tem se tudi zmanjša število kaznivih dejanj, zlorab alkohola in droge, ipd.

## **6 Duševne motnje in kazniva dejanja**

### ***6.1 Pogostost prisotnosti duševnih motenj pri storilcih kaznivih dejanj***

Mnenja glede povezave duševnih bolezni s storilci kaznivih dejanj so zelo deljena. Cilj moje naloge je pokazati da duševne bolezni imajo vpliv na število in vrste kaznivih dejanj. V nadaljevanju bom skozi poglavja razložila povezavo med različnimi duševnimi boleznimi in kaznivimi dejanji.

V svojem delu sem se osredotočila na to, da so duševne motnje zelo pogosto prisotne pri storilcih kaznivih dejanj.

Naj za primer povzamem nedavni dogodek letalske nesreče v francoskih Alpah. Andreas Lubitz, pilot letalskega prevoznika Germanwings, ki je 24. marca 2015 strmogavil letalo na poti iz Barcelone v Dusseldorf, je skrival svojo duševno bolezen (Gregoire, 2015). Na plan je prišlo med drugim tudi vprašanje, kako se je lahko to sploh zgodilo, saj za pilote namreč veljajo najbolj strogi zdravstveni pogoji za opravljanje dela. Lubitz naj bi poročanju številnih medijev vadal strmoglavljanje na enemu iz prejšnjih letov. Lubitz naj bi skrival svojo duševno bolezen - depresijo. Bil je hospitaliziran trikrat v enem mesecu pred nesrečo. Glede na naravo njegovega poklica je ta duševna motnja zelo resna. Lubitz je v strmoglavljenju ubil več kot 200 ljudi.

V raziskavi, ki so jo opravili na univerzi Northwestern (Abram, Dulcan, Jakubowski in Welty, 2015), so analizirali podatke 1800 udeležencev, v starosti od 10 do 18 let, ki so bili aretirani v območju mesta Chicago med leti 1995 in 1998. Približno ena tretjina od njih je bila deklic, ostalo fantov. Raziskava je pokazala, da je imela približno 66 % in 74 % ob času aretacije vsaj eno duševno motnjo. Raziskava je sicer razkrila, da so tej, katerim je bila diagnosticirana duševna motnja bili agresivni. Ni pa pokazala tega, da bi lahko bi bili lahko storilci kaznivih dejanj tudi v prihodnosti. Avtorji te raziskave

trdijo, da povezava med duševnimi motnjami in kaznivimi dejanji ji nujno prisotna. Katherine Elkington, profesorica psihologije na univerzi Columba in na psihiatrični ustanovi v New Yorku pravi, da je bolj kot duševne motnje pomembno upoštevati stres, socialni položaj, okolje in družinsko situacijo. So pa raziskovalci našli drugo, bolj pomembno povezavo in sicer zlorabo drog. Osredotočiti bi se morali na preprečevanje zlorabe drog, še posebej med mladimi. Tisti, ki so namreč zasvojeni, naj bi po njihovi raziskavi bolj verjetno storili kaznivo dejanje.

Bolj podrobno bom povezavo med duševnimi boleznimi in kaznivimi dejanji predstavila v praktičnem delu naloge. Najprej pa se bom posvetila izbranim duševnim boleznim, ter jih na kratko povezala, ter predstavila najbolj pogosto povezavo med njimi in kaznivimi dejanji.

## **6.2 Shizofrenija**

Kobal (2009) pravi, da za shizofrenijo zboli od 0,5 do 1 % prebivalstva. Prizadene tako ženske kot moške. Najbolj pogosto se razvije med 15. in 45. letom starosti. Pri moških je vrh zbolevanja med 15. in 25. letom, pri ženskah pa med 25. in 35. letom. Razlogi za kasnejše zbolevanje žensk niso povsem znani. Prvi pojav bolezni po 40. letu je redek. Dejavniki, ki je prisoten pri tej bolezni je dednostni, okoljski dejavnik pa se pojavi, ko se bolezen pri osebi razkrije. Okolje namreč v veliki meri vpliva na bolnika, koliko se mu bo bolezen razvila, ter na kakšen način bo to bolezen mogoče opaziti. Shizofrenija spada med funkcijske psihotične motnje. Shizofrenija povzroči spremembo v funkciji možganov. Razlog za nastanek te bolezni so motnje med živčnimi prenašalci - nevrottransmiterji. Ker je teh v delih možganov preveč ali premalo, pride do teh motenj, zaradi tega tudi bolnik zgubi stik z realnostjo.

Poznamo štiri skupine znakov shizofrenije (Kobal, 2009):

- Pozitivni: bolnik doživlja halucinacije in blodnje. Prepričan je v to, da mu drugi želijo škodovati, ga lovijo, mu sledijo, ali da ga celo želijo umoriti. Pogosti so strahovi. Njihove misli so nejasne, nepovezane, težko se jih razbere in razume.
- Negativni: bolnik je zaprt vase, nima volje, motivacije, je socialno izoliran. Nima zanimanja za dogajanje okoli sebe. Zaradi vsega tega preneha s skrbjo sam zase (zanemarjanje, neumit, v nečistih oblačilih, ipd.).
- Spoznavni ali kognitivni: prisotne so motnje delovnega spomina, zmanjšana sposobnost koncentracije, oteženo učenje.

- Čustveni ali afektivni: bolnik izgubi ali se mu zmanjša čustvena izraznost. Čustva izraža togo ali neprimerno glede na situacijo. Pogosto imajo nespremenjeno obrazno mimiko, slabi očesni stik, upočasnen govor, depresivnost.

Mednarodna kvalifikacija bolezni 10. revizije (MKB - 10) razvršča shizofrenijo na naslednje tipe:

- Paranoidna shizofrenija,
- Dezorganizirana shizofrenija,
- Katatonska shizofrenija,
- Nediferencirana shizofrenija,
- Residualna shizofrenija,
- Enostavna shizofrenija.

Naslednje tipe opredelimo tako (Kobal, 2009):

- Paranoidna shizofrenija: praviloma se pojavi v zrelejšem življenjskem obdobju. Zanj so značilni pozitivni simptomi, predvsem preganjalne, nanašalne, veličinske misli. Pri tem tipu ni izrazitejših motenj čustvovanja, govor je še dovolj razumljiv.
- Dezorganizirana shizofrenija: drug izraz za ta tip je hebefrenska shizofrenija. Izraz prihaja iz grške mitologije - Hebe je bila boginja mladosti in točajka bogovom na Olimpu. Za hebefrenijo je tako značilen začetek v mladostniške ali zgodnjem odraslem obdobju. Blodnje in halucinacije, ki se pojavljajo so bolj nežne, so nejasne. Zaradi tega se bolj pogosto uporablja drugo ime - dezorganizirana. V zgodnjem obdobju se začnejo negativni simptomi, kjer bolnik trga stike z okoljem, pogost je avtizem.
- Katatonska shizofrenija: ta tip je zelo redek. Simptomi tega tipa pa se vpletajo v druge tipe te bolezni. Za ta tip so značilne tipične drže telesa, podredljivost ukazom ali pa popolnoma obratno. Bolniki so lahko zelo nemirni, pride tudi do eksplozivnega vedenja - raptus.
- Nediferencirana shizofrenija: tip shizofrenije, kjer imajo bolniki simptome več vrst simptomov drugih tipov shizofrenije ali pa nobenih od teh.
- Residualna shizofrenija: pri tem tipu je bolnik trajno bolezensko spremenjen zaradi izbruhov več vrst simptomov v preteklosti. To trajnost imenujemo residualna shizofrenija. Bolniku ostanejo blodnje in halucinacije, ki se včasih lahko še okrepijo.

- Enostavna shizofrenija: bolniki s tem tipom imajo izražene motnje v komuniciranju, storilnosti, njihova čustva so plitva, manjkajo jim interesi.

Bolniki s shizofrenijo so ponavadi storilci nasilnih kaznivih dejanj. Storilci, ki imajo to duševno bolezen kaznivo dejanje storijo v trenutku nenadnega izbruha bolezn. V tem trenutku ima storilec nanašalne, preganjalne in veličinske blodnje in halucinacije, ki ga vodijo oziroma mu ukazujejo. Če je bolnik pod vplivom alkohola ali drog se nevarnost še poveča. To nasilje in dejanja, ki jih povzročajo bolniki z depresijo prihajajo iz bolnika samega in ne iz družinskega ter drugega okolja. Nasilna dejanja, ki jih povzročajo bolniki s shizofrenijo so pogosto zelo odmevna. Ubitih je lahko več oseb, med njimi so velikokrat tudi otroci ter družinski člani.

### **6.3 Blodnjava motnja**

Beseda blodnja (Kobal, 2009) prihaja iz starogrške besede para-noeo, kar pomeni presojam mimo, para-noia (nespamet, blaznost). Blodnje spadajo pod vsebinske motnje mišljenja. Kobal (2009), pojasnjuje blodnje kot miselne konstrukcije, ki nastajajo v bolnikovih možganih. Nastajajo z očitnim in hudim izkrivljenjem resničnosti. Bolnik v njih trdno verjame, ter se jim posledično tudi podredi ter se v skladu z njimi vede. Vsebine, ki nastajajo so neodvisne od bolnikove inteligentnosti in družbenega okolja. Blodenj ni sposoben korigirati, tudi če ga prepričujemo in mu dokazujemo njihovo neresničnost.

Poznamo primarne in sekundarne blodnje (Kobal, 2009). Primarne nastanejo brez predhodnih psihopataloških znamenj. Blodnjo začuti nenadoma, kot razodetje. Sekundarne blodnje pa so bolnikova preišljanja zaradi predhodnih psihopataloških doživetij. Nastanejo lahko tudi na podlagi halucinacij ter hudih čustev depresivnega bolnika.

Blodnje kvalificiramo na naslednji način (Kobal, 2009):

- Veličinske, megalomanske (ekspanzivne) blodnje: bolnik z njimi izraža svoje prepričanje v lastno vzvišeno pomembnost in vsegamogočnost. V takšnih blodnjah se pojavljajo tudi pomembni državniki, heroji, izumitelji, ipd.
- Depresivne blodnje: so nasprotne veličinskim. Bolnik z depresivnimi blodnjami je prepričan v dejstvo, da je hud grešnik ali celo neozdravljivo bolan. Te blodnje so povezane z gospodarskim položajem njega in njegove družine.
- Nihilistične blodnje: te blodnje so podvrsta depresivnih. Bolnik je prepričan, da mu manjka del telesa, ter celo, da je mrtev.

- Pregarjalne blodnje: bolnik je prepričan, da ga preganjajo, zasledujejo in opazujejo. Prepričan je, da mu drugi hočejo slabo ter celo, da ga želijo ubiti. Bolnik ponavadi omeni znana imena oziroma državne institucije, za katere je prepričan, da so oni tisti, ki ga preganjajo in mu strežejo po življenju.
- Ljubosumnostne blodnje: podobne soregarjalnim. Bolnik je prepričan v to, da mu je partner nezvest. To ljubosumje se razlikuje od ljubosumja, ki ga ponavadi zdravi ljudje občutijo. Bolnik zazna nezvestobo po malenkostnih spremembah, npr. spremembe na partnerjevi obleki, po razporeditvi pohištva, položaja vzglavnika, ipd. Pri tem početju je ponavadi zelo neuvideven. Bolnik to ljubosumnost stresa po žrtvi svoje blodnje.
- Erotične blodnje: ta blodnja je povezana z ljubosumnostno, ampak na nasproten način. Prepričan je, da je neka oseba, ki ima pomembno družbeno vlogo vanj zaljubljena, ter želi na vsak način priti z njo v stik. Pri tem uporablja telefonske klice, pisma ali jo celo obišče osebno.
- Nanašalne (intepretativne) motnje: pogovori, geste in splošna komunikacija med ljudmi za bolnika pomeni, da je vse to namenjeno njemu. Prepričan je, da je govora o njemu, tudi novice v medijih.
- Blodnje religiozno mistične vsebine: trdno prepričanje bolnika, da je "vsemogočni", da je bog ali odrešenik človeštva. Zamišlja si, da je bil na zemljo poslan z namenom, ter da ima neko nalogo ali poslanstvo. V današnjem času se bolj pojavljajo bogovi iz vzhodnih religij.

Pri bolnikih z blodnjavimi motnjami je velika verjetnost, da bo storilec kakšne družbi nevarne dejavnosti (Kobal, 2009). Pri njih so zelo pogosti uboji in telesne poškodbe, saj jih v to silijo njihove blodnje. Bolnik je v trenutku preboja očitno psihotičen. Ta oseba lahko v tem trenutku pobije več ljudi. V preteklosti je bil znan primer učitelja, ki je bil prepričan, da drugi mislijo, da je homoseksualen. Neko nedeljo po cerkveni maši je čakal nanje, ter ubil osem od njih. Nevarna vrsta blodenj je ljubosumnostna. Žrtev je ponavadi oseba, na katero je bolnik ljubosumen. Obstajajo pa tudi primeri, ko je žrtev blodnje po dolgih letih nasilja in izpadov ljubosumja ubila bolnika. Strokovnjaki so mnenja, da so bil tudi diktatorji v preteklosti osebe, ki so trpele za eno izmed vrst blodenj. Družbene norme so jim takrat dopuščale izvajanje svojih prepričanj. Zaradi teh prepričanj je tudi umrlo veliko ljudi. Po navedbah naj nobena takratna smrtonosna bolezen ni ubila toliko ljudi, kot so jih njihove blodnje.

#### **6.4 Razpoloženske (afektivne) motnje**



Motnje razpoloženja so dalj časa trajajoča čustva, ki se v osebi subjektivno razlagajo. Razpoloženja so motena na različne načine ter v različnih stopnjah.

Poznamo naslednje vrste (Kobal, 2009):

- Anksioznost,
- Depresivnost,
- Zbeganost,
- Fobija,
- Evforija,
- Ekstaza,
- Bolestna razdražljivost,
- Čustvena tenaciteta,
- Čustvena labilnost,
- Čustvena inkontinenca,
- Apatija,
- Čustvena splitvitev,
- Čustvena togost,
- Čustvena ambivalenca,
- Paratimija,
- Paramimija.

Pri razpoloženskih motnjah se menjavajo pretirano veselo razpoloženje z globoko žalostjo. Pri tem menjavanju je dvopolno menjavanje manj pogosto. Najbolj se pojavlja kot samostojna ali unipolarna depresivna. Če je bipolarna gre za manično depresivno motnjo ali manično depresivno psihozo.

- Manija (Kobal, 2009): za njo zbolijo okoli 0,5 % prebivalstva. Zanja je značilna dednostna podlaga, pogosto je prisotna v določenem družinskem okolju. Pri bolnikih so našli motnje pri prenašalcih impulzov - biomolekularne motnje. Manija pomeni pretirano veselo razpoloženje, vrvežavost (prehitevanje ene misli z drugo), povečana telesna gibljivost. Včasih je razpoloženje jezno - jezava manija. Bolnika z miselno vrvežavostjo je v govorjenju težko ustaviti, saj se takoj naveže na besede sogovornika ali dobi lastne asociacije od tam naprej nadaljuje. Taki bolniki so neustavljivi v gibanju, rabijo zelo malo spanja ter so videti sveži in mladostni.
- Depresija (Kobal, 2009): za njo zbolijo okoli od 10 do 15 % prebivalstva, prevladujejo ženske. Prav tako je zanjo značilna dednostna podlaga ter je

prisotna v določenem družinskem okolju. Isto, so za to bolezen značilne motnje pri prenašalcih impulzov. Pogosto se ponavljajo depresivne epizode. Ta bolezen je zelo pogost vzrok samomorov ter poskusov samomora. Pri depresiji je prisotna globoka žalost, včasih je prisotna samo ena huda obremenjujoča misel. Bolniki pogosto poleg depresije trpijo tudi za tesnobo, zaradi tega pa so včasih pretirano nemirni. Večina depresivnih oseb ima samomorilne misli.

- Manična depresija (Kobal, 2009): za njo zbolijo od okoli 0,5 do 1,5 % prebivalstva. Zanj isto velja dednostna in biomolekularna podlaga. Vsaka faza bolezni ima iste značilnosti kot manija in depresija. Za menjavanje faz ni nobenih pravil, menjavajo se lahko zelo hitro, včasih pa mine dolgo obdobje.

Bolniki z razpoloženskimi motnjami so le redko storilci družbi nevarnih in kaznivih dejanj (Kobal, 2009). Bolnik z manijo ponavadi zagreši drobno nasilje ali pretepe, pogosto je zmerjanje policistov. Policisti so usposobljeni ravnati s tako osebo, nanjo se odzivajo z dostojanstveno držo in profesionalnim mirom. Za manične bolnike je značilen še kriminal belega ovratnika zaradi njihove pretirane aktivnosti ter želje po hitrem napredovanju. Bolniki z depresijo niso posebno nevarni za okolico. Zaradi svoje zaprtosti nimajo niti želje po stiku z drugimi ljudmi. Pri teh bolnikih so zelo pogosti samomori. V Sloveniji je še posebej visok odstotek samomorov, kar pomeni, da je ta bolezen pri nas zelo razširjena. Težava je predvsem v tem, da veliko bolnikov ne poišče pomoči. Druga vrsta samomora, ki ga imenujemo razširjeni samomor pa je pojav, kjer so žrtve tega samomorilnega vedenja tudi žrtvi bližnje osebe. Eden izmed pogostih pojavov je tudi ta, ko bolnik ubije bližnjega in si potem sodi sam. to stori v trenutku jeze ali zamere. Jeza in žalost sta namreč tesni medsebojni spremljevalki.

## **7 Pravni vidiki psihopatologije**

### **7.1 Pravo in psihiatrija**

Zdravstvo je v naši civilizaciji urejeno kot vsako drugo družbeno področje (Kobal, 2009). Jasna je njegova organiziranost, delovanje in odgovornost nosilcev. Zakonodajalec je upošteval posebno razumevanje psihiatrije, še posebej zaradi strahov in predsodkov. Zato je to področje zdravstva urejeno še z dodatnimi predpisi in deloma tudi na poseben način. Res je, da je obnašanje duševno bolnih oseb včasih lahko nepredvidljivo in nevarno. Pogosto se posega v pravice duševnih bolnikov, prav zaradi njihovega nepredvidljivega vedenja, zato je treba upoštevati posebne postopke in ukrepe, ki temeljijo na zakonu.

Psihijatrija pred petdesetimi leti ni primerljiva z današnjo. Čeprav so se postopki in ukrepi vidno izboljšali s časom, je še vedno nekaj ljudi, ki so nejevoljni na psihijatrijo. Problem nastane, če ti ljudje okrepijo svoj družbeni vpliv in najdejo podpornike, saj se lahko zgodi, da predlagajo zakone, ki zaradi narave duševnih bolezni ustvarijo neugodnosti. Ti novi zakoni naj bi sicer bolnike navidezno ščitili, a jih zaradi svojih prekomernih pravil v resnici še bolj omejujejo. Zakoni in predpisi za področje psihijatrije v Sloveniji so šele v nastajanju in praktičnem preizkušanju.

Psihijatrija in pravo se srečujeta na naslednjih področjih (Kobal, 2009):

- Zakon o duševnem zdravju in ostali predpisi, ki urejajo pravice in obveznost bolnikov in terapevtov,
- Psihijatrično izvedenstvo v kazenskih, civilnopravnih, upravnih, upravnih in drugih zadevah. Pravna država potrebuje namreč za določene zadeve strokovne ocene in menja zdravnika psihiatra,
- Kazenski zakonik (UPB - 1) in (do izida novega predpisa) 376. člen Kazenskega zakonika (KZ - 1).

## ***7.2 Hospitalizacija psihijatričnega bolnika po Zakonu o duševnem zdravju (Uradni list RS št. 77/2008)***

Duševni bolnik je sprejet v psihijatrično bolnišnico na enak način kot ostale bolnišnice (Kobal, 2009). To pa velja le za tiste enote, ki so odprte ter so po organizaciji in delovanju podobne običajnim bolnišnicam. V slovenskih psihijatričnih bolnišnicah velja sistem, da je bolnik sprejet v sprejemni oddelek, v katerem je omejeno njegovo gibanje. Tak ukrep je potreben zaradi varnosti in boljšega razkrivanja njegovega stanja. Gre za oddelek psihijatrične bolnišnice pod posebnim nadzorom. Zakon določa še naslednje tri sprejeme bolnika: v varovani oddelek socialno varstvenega zavoda, v nadzorovano obravnavo in v obravnavo skupnosti. Te nove vrste sprejema zakon določa zaradi tega, da ne pride do kršitev pravic uporabnikov zdravstvenih storitev, torej pacientov.

Ko je bil Zakon o duševnem zdravju sprejet (Kobal, 2009), so prenehale veljati določbe od 70. do 81. člena Zakona o nepravdnem postopku in določba 49. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti. Ta predpisa sta veljala kot temelj sprejemanja psihijatričnih bolnikov v psihijatrično bolnišnico brez privolitve. 49. člen Zakona o nepravdnem postopku je dovoljeval zdravniku, da je lahko zahteval pomoč policista, v primeru da je bolnikovo vedenje neposredno ogrožalo varnost ljudi.

### **7.3 Pomoč policije pri hospitalizaciji bolnika brez njegove privolitve**

Zaradi narave bolezni duševnega bolnika je moč pričakovati, oziroma se je v preteklosti že zgodilo, da je prišlo do nevarnih situacij, ki jih lahko povzroči bolnik (Kobal, 2009). Ta oseba bi namreč lahko tudi streljala na zdravnike in ostale prisotne, lahko se zgodi, da povzroči požar, ter prepreči, da bi ga pogasili. S tem storilcem so najprej soočeni samo policisti, ki v trenutku izvršitve kaznivega dejanja še ne vejo, da je storilec duševno bolan. Policisti morajo ravnati v skladu s svojimi pravili in strokovnimi prijemi. Ko zavarujejo območje, ter ljudi, storilca privedejo do zdravnika ali pa zdravnik pregleda to osebo v priporu. Zdravnik odloči o morebitnem zdravstvenem ukrepu. Poleg tega odloči o prisilni hospitalizaciji v nujnih primerih.

Naloga policije je ukrepati v primerih ogrožanja ljudi in premoženja (Zakon o policiji, 2003). Njihova naloga je varovanje življenja, osebne varnosti in premoženja s preprečevanjem, odkrivanjem in preiskovanjem kaznivih dejanj (3. člen Zakona o policiji, Ur.l. RS 110/2003).

57. člen Zakona o policiji določa interventne vloge policije:

(1) Če policija ob posredovanju na javnem mestu, v zasebnih prostorih ali ob izsleditvi tujega državljana, za katerega je razpisana tiralica ali iskanje domneva, da so pri osebi podani razlogi iz 53. člena tega Zakona (zaradi narave duševne motnje osebe je nujno potrebno, da se ji omeji svoboda gibanje ali prepreči stiki z okolico), o tem nemudoma obvesti službo nujne medicinske pomoči.

(2) Zdravnik, član enote služb nujne medicinske pomoči, osebo na kraju takoj pregleda in če ugotovi, da so podani razlogi iz 53. člena tega Zakona, odredi prevoz osebe z reševalnim vozilom v najbližjo psihiatrično bolnišnico.

Asistenca policije pa je sodelovanje policije pri zakonitih načinih hospitalizacije psihiatričnega bolnika brez njegove privolitve.

Ta pomoč policije (asistenca) je v urejena v 56. členu:

(1) Kadar ta zakon določa, da lahko zdravnik ali direktor psihiatrične bolnišnice oziroma socialno varstvenega zavoda zahteva pomoč policije, je policija dolžna sodelovati z zdravstvenim osebjem in službo nujne medicinske pomoči ter jim nuditi

potrebno pomoč, dokler ogrožanja, ki ga oseba povzroča, ni mogoče omejiti z zdravstvenimi ukrepi.

(2) Način sodelovanja med zdravstvenim osebjem in reševalno službo določi minister v soglasju z ministrom, pristojnim za notranje zadeve.

Nekaj let nazaj so objavili Navodilo o pomoči policije pri napotitvi in sprejemu bolnika na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico brez njegove privolitve. Pri tem so skupaj sodelovali predstavniki Ministrstva za notranje zadeve in člani Republiškega strokovnega kolegija za psihiatrije. To navodilo še ni v uporabi, ter še ni jasno, kakšna je njegova nadaljna usoda. Dokler to Navodilo še ni v uporabi, še vedno velja Navodilo o spremljanju duševnih bolnikov v zdravstvene organizacije. Ta predpis je izdal predstojnik republiškega upravnega organa za zdravstvo in socialno varstvo (dopis, št. 51 - 9/71, dne 21.10.1972).

Bolnik je psihiatrično bolnišnico pripeljan pod nadzorom zdravstvene ekipe z reševalnim avtomobilom. V primeru, ko zdravstvena ekipa ne more obvladovati zdravstvena ekipa, so dolžni pomagati policisti. Prevoz se lahko opravi tudi z intervencijskim vozilom policije. Takšne prakse sicer Zakon ne predvideva.

Prevoz sicer določa 55. člen Zakona o duševnem zdravju:

(3) Pri prevozu osebe z reševalnim vozilom je prisoten zdravnik, ki je osebo napotil v psihiatrično bolnišnico, ali drug zdravstveni delavec, ki ga pisno določi navedeni zdravnik.

V primeru, da je napotitev bolnika v psihiatrično bolnišnico vnaprej načrtovana, je zdravnik dolžan pisno podati zahtevek za pomoč policije na pristojni policijski postaji vsaj 3 dni pred napotitvijo. V primeru, da gre za nujen primer, lahko zdravnik zaprosi za pomoč policije takoj in ustno, za tem, ko je pomoč izvedena pa šele izroči pisni zahtevek.

## **8 Psihiatrično izvedenstvo**

### ***8.1 Psihiatrični izvedenec***

Sodni izvedenci (Ministrstvo za pravosodje, 2016) so osebe, imenovane za neomejen čas s pravico in dolžnostjo, da sodišču na njegovo zahtevo podajo izvid in mnenje glede strokovnih vprašanj, za katera tako določa zakon ali glede katerih da mu je pri njihovi

presoji potrebna pomoč strokovnjaka. Izvedence imenuje minister za pravosodje Republike Slovenije.

Za področje psihiatrije tako poznamo psihiatrične izvedence. Omenila jih bom zato, ker za področje psihopatologije storilcev kaznivih dejanj igrajo pomembno vlogo. Že od 18. stoletja (Kobal, 2009) so psihiatri tisti, ki pojasnjujejo duševno stanje in duševne bolezni oseb. Psihiatrični izvedenci sodelujejo s sodišči v kazensko pravnih in civilnopravnih zadevah. Izvedenec ima pa tudi zelo redko vlogo tudi na sodiščih za prekrške (npr. če je oseba še sposobna sodelovati v cestnem prometu). Izvedenec oblikuje strokovno poročilo v jeziku, ki je razumljiv vsem pravnikom in tudi ostalim uporabnikom. V zaključku poročila je zapisano tudi mnenje izvedenca, ki pomeni odgovor na vprašanja, ki so bila zastavljena izvedencu. Poročilo je zapisano v psihiatričnem strokovnem izrazoslovju, brez pravnih izrazov.

Lahko pride tudi do upravičenega in utemeljenega dvoma v pravilnost poročila. V tem primeru lahko pristojni organ odredi, da poročilo izdela še drugi izvedenec. V tem primeru poročilo izdela več izvedencev psihiatrov (kolegijsko mnenje ali mnenje strokovne ustanove).

## **8.2 Izvedenstvo v kazenskopravnih zadevah**

29. člen kazenskega zakonika (KZ-1) navaja duševne motnje ali duševne manjrazvitosti, ki izključujejo ali zmanjšujejo prištevnost (Kazenski zakonik RS KZ-1, 2016):

- (1) Kdor ob storitvi protipravnega dejanja ni bil prišteven, ni kriv.
- (2) 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.
- (3) Storilec kaznivega dejanja, čigar zmožnost razumeti pomen svojega dejanja ali zmožnost imeti v oblasti svoje ravnanje je bila bistveno zmanjšana zaradi kakšnega stanja iz prejšnjega odstavka ali zaradi kakšne druge trajne in hude duševne motenosti, se sme mileje kaznovati.
- (4) 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.

Naj bolj podrobno razložim povezavo med zakonom ter psihopatologijo, kar je pomembno tudi za psihiatre izvedence.

29. člen kazenskega zakonika je kar se tiče interpretacije neprištevnosti ter duševnih motenj napredoval od predhodnjega 16. člena prejšnjega zakonika. Ta je podrobno govoril o trajnih in začasnih duševnih boleznih in začasnih duševnih motnjah. Duševna bolezen je namreč nepredvidljiv proces, zato ga je težko uvrstiti v okvire trajnosti in začasnosti. Po novem zakoniku mora izvedenec določiti duševno motnjo in jo ustrezno uvrstiti v kvalifikacijo bolezni.

Začasna duševna motnja (Kobal, 2009) pomeni, da sta zavest in orientacija osebe v prostoru in času ter spomin na nedaven dogodek hudo prizadeti za krajši čas. Vzroki so ponavadi v močnih patoloških afektih. Pri začasnih duševnih motnjah se srečamo z izrazom patološki opoj. Patološki opoj je posledica patološkega afekta, ki nastane ob izrednem čustvenem vzburjenju in ostane prizadeti osebi po kritičnem dogodku popolna ali delna amnezija. Izmed popačenosti spomina pa ima posebno mesto zavestne konfabulacije, pravzaprav laži, s katerimi pa utegne biti oseba tako prepričljiva, da ji verjamejo tudi prav razumni ljudje in tako nasedejo dobro premišljenim goljufijam.

Duševna manjrazvitost, izraz, ki ga uporablja zakon je forenzično zanesljivo najbolj pomemben. Ne gre pozabiti tudi na pomanjkanje okoljskih spodbud za rast duševnosti otroka. Strokovno je takrat bolj primeren izraz duševna zaostalost, ki ga zakon ne omenja.

Za področje izvedenstva je pomemben še 265. člen Zakona o kazenskem postopku (ZKP, 2012).

(1) Psihiatrični pregled obdolženca se sme odrediti, če:

- nastane sum, da ob storitvi kaznivega dejanja ni bil prišteven zaradi duševne motnje ali duševne manjrazvitosti ali je bila zaradi takšnega stanja ali zaradi kakšne druge trajne in hude duševne motenosti njegova prištevnost zmanjšana, ali
- obstaja resen dvom, da se zaradi svojega duševnega stanja ne more udeleževati kazenskega postopka.

(2) Če je po mnenju izvedenca psihiatrične stroke potrebno daljše opazovanje, se obdolženec pošlje na opazovanje v ustrezen zdravstveni zavod. Sklep o tem izda sodišče na predlog državnega tožilca po predhodnem zaslišanju zagovornika in obdolženca, če njegovo zdravstveno stanje to dopušča. Opazovanje sme trajati največ

en mesec. V primeru iz prve alineje prejšnjega odstavka se sme opazovanje na obrazložen predlog državnega tožilca in po poprejšnjem mnenju izvedenca psihiatrične stroke ter po predhodnem zaslišanju zagovornika podaljšati še za največ en mesec. Pritožba zoper sklep, s katerim se ukrep podaljša, ne zadrži izvršitve sklepa.

(3) Če izvedenec psihiatrične stroke ugotovi pri obdolžencu duševno motnjo, duševno manjrazvitost ali kakšno drugo trajno in hudo duševno motenost, določi njeno naravo, vrsto, stopnjo in trajnost ter da mnenje o tem, kako je ob storitvi kaznivega dejanja tako duševno stanje vplivalo na obdolženčevo prištevnost (29. člen kazenskega zakonika) ter kako še zdaj vpliva na njegovo pojmovanje in ravnanje; oziroma ali gre za tako duševno stanje, da se obdolženec ne more udeleževati kazenskega postopka, in koliko časa bo predvidoma trajala njegova procesna nesposobnost.

(4) Če pošlje v zdravstveni zavod obdolženca, ki je v priporu, obvesti sodišče zavod, zakaj je bil odrejen pripor, da zavod ukrene, kar je potrebno za zagotovitev namena pripora.

(5) Obdolžencu, ki se pošlje na opazovanje po drugem odstavku tega člena in nima zagovornika, je treba postaviti zagovornika po uradni dolžnosti pred izdajo sklepa o opazovanju.

(6) Čas, ki ga prebije v zdravstvenem zavodu, se obdolžencu všteje v pripor oziroma v morebitno kazen.

Pojmov, ki ga omenja 3. odstavek tega člena psihiatrična stroka ne pozna. Kot naravo motnje razumemo lahko njeno uvrstitev v glavno skupino duševnih motenj, to pomeni da jih uvrstimo lahko med psihoze, nevroze, motene osebnosti ali umske manjrazvitosti oziroma zaostalosti. V Sloveniji uporabljamo Mednarodno kvalifikacijo bolezni (10. revizije), včasih se lahko dopolni z Diagnostičnim priročnikom Ameriškega psihiatričnega združenja (IV. izdaja). Stopnja motnje pomeni njeno izraženost in težavnost. Tukaj lahko govorimo o njenem akutnem ali kroničnem poteku.

Zakon o kazenskem postopku opredeljuje še zahteve za psihiatrični pregled, ter po potrebi opazovanje v zdravstvenem zavodu. To opazovanje se lahko podaljša za največ 2 meseca, vendar le na obrazložen predlog upravnika zdravstvenega zavoda, ki se prej še posvetuje z izvedenci.

Poročila izvedencev vsebujejo tudi mnenja o storilčevih zmožnostih razumevanja (razumski dejavnik) storjenega kaznivega dejanja in zmožnostih za obvladovanje svojega ravnanja (voljni dejavnik). Tukaj gre ta različno pojmovanje problema.



Če je ocena izvedenca takšna, da je storilčeva zmožnost razumevanja in obvladovanja bistveno zmanjšana, lahko sodišče to upošteva in izreče milejšo kazen. Obstaja pa pri tem načelo fakultativnosti, kar pomeni, da k tej odločitvi ni zavezano. Za nalogo pomemben ukrep je varnostni ukrep, ki ga določa 64. člen Kazenskega zakonika in sicer obvezno psihiatrično zdravljenje in varstvo v zdravstvenem zavodu, kar bom podrobno razložila v praktičnem delu v sodelovanju s Forenzično psihiatrijo v Mariboru.

## **9 Izvajanje varnostnih ukrepov**

### ***9.1 Varnostni ukrepi storilcem kaznivih nasilnih kaznivih dejanj***

Varnostni ukrep prisilne hospitalizacije se izreče storilcem kaznivih dejanj, pri katerih je bila ugotovljena duševna bolezen ni kazenska sankcija (Kazenski zakonik RS, 2012). Tukaj se gre namreč za korist bolnika in tudi za varnost družbe. Ta varnostni ukrep je določen v 376. členu Kazenskega zakonika, kjer zakonodajalec predvideva poseben zakon.

Sodišče na obravnavi izvedenca vpraša tudi o nevarnosti ponovitve kaznivega dejanja, ter o predlogu, kako odpraviti to nevarnost. Psihiater lahko sklepa o bolezenskem stanju tudi v prihodnje, kar pomeni da zastavlja prognozo.

Kadar se gre za kazniva dejanja zoper človeško življenje, telo, spolno nedotakljivost in premoženje je zelo verjetno, da bo izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu (Kazenski zakonik RS, 2012). Varnostni ukrep je omejen na največ 10 let, vsako leto pa sodišče znova odloči, če je ta ukrep še potreben (poročilo psihiatra).

Poznamo tudi obvezno psihiatrično zdravljenje na prostosti (Kazenski zakonik RS, 2012). Ta ukrep je izrečen takrat, ko sodišče ugotovi, da za preprečitev nevarnih dejanj zadosti zdravljenje v psihiatričnih ambulantah (zunaj bolnišnice). Ukrep lahko velja največ dve leti. Ukrep velja tudi za osebe, ki so bile spoznane za bistveno zmanjšano prištevne in so bile izpuščene na pogojni odpust. Sodišče prav tako vsako leto določi, ali ja ta ukrep še potreben.

V primeru ko se storilec kaznivega dejanja upira ambulantnemu zdravljenju, ali če zdravljenje samovoljno opusti, lahko sodišče odredi zdravljenje in varstvo v ustreznem varstvenem zavodu. Prav tako velja, da ukrep lahko traja največ dve leti.

## **9.2 Dileme izvajanja varnostnih ukrepov**

Veliko držav ima urejeno sodno psihiatrično dejavnost (Kobal, 2009). Ta zajema tudi izvajanje psihiatrično pomembnih varnostnih ukrepov. Tako poznamo posebne oddelke, javne zavode oziroma posebne bolnišnice. Pomemben dejavnik, ki vpliva na ukrepe so predsodki do ljudi z duševnimi boleznimi. Ljudje namreč pričakujejo, da jih bo država primerno zaščitila pred storilci kaznivih dejanj, ki so jih storile osebe, ki so duševno bolne.

Po podatkih o psihiatričnih bolnikih (Kobal, 2009), ki jim je bil izrečen varnostni ukrep je v Sloveniji načeloma relativno malo. Povprečno število ljudi na leto se giblje okoli 30. Podrobnejše podatke bom predstavila še v nadaljevanju. Zelo pogosto so osebe, ki jim je bil izrečen varnostni ukrep zgroženi nad tem, kar so storili. Gre za neko očiščujoče (katarktično) dejanje. Po tem so duševno "očiščeni". Tem storilcem pravimo tudi forenzični pacienti. Po odpustu iz zdravljenja zelo redko ponovijo svoja dejanja, za katerega jim je bil izrečen varnostni ukrep.

Ko bolnik samovoljno zapusti zdravljenje, se to obravnava isto kot pobeg osebe iz zavoda za prestajanje kazni. Pri tem dogodku je nujno tudi sodelovanje policije. Ko bo predhodno omenjeno Navodilo v veljavi, se bo lahko uporabilo tudi ta določila. Govorimo o pomoči policije pri hospitalizaciji bolnika brez njegove privolitve.

Kar se tiče zdravljenja oseb, ki so odvisne od alkohola in drog je pomembno upoštevati kriminogeni vpliv alkohola in drog, ki grozi posameznikom in tudi družbi (Kobal, 2009). Odvisnost ne sme biti spregledana s strani sodnikov in penoloških delavcev. V Jugoslaviji so v takratnem kazenskem zakoniku tudi predvidevali namestitev v poseben zavod (kar pa se ni uresničilo). Penološke ustanove predvidevajo programe za zdravljenje vseh vrst odvisnosti. Temu področju je namenjeno veliko pozornosti. Alkohol in droge so velika težava današnjega časa, saj posameznik v veliki meri ne škoduje samo okolici ampak večinoma samemu sebi.

## **9.3. Predstavitev Enote za forenzično psihiatrijo Maribor**

Enota za forenzično psihiatrijo je del psihiatričnega oddelka univerzitetnega kliničnega centra v Mariboru.

Enota za forenzično psihiatrijo je v Sloveniji odprta šele kratek čas. Začetki segajo v leto 1998, do takrat je deloval Center za mentalno zdravje Psihiatrične klinike Ljubljana. Ker oddelek ni več ustrezal sodobne sodne psihiatrije je prišlo do potrebe

ločenega oddelka Razlog je bil v tem, da je bil odprtega tipa in ni več zadostil vsem potrebam po zdravljenju forenzičnih pacientov (Ziherl, 2011).

Forenzična psihiatrija se je odprla 4. junija 2012 (Univerzitetni klinični center Maribor, 2016). Forenzična psihiatrija torej izvaja zdravljenje oseb, ki jim je bil izrečen ukrep obvezne hospitalizacije. Na tem oddelku se zdravijo tudi osebe, ki zbolijo v zaporu, ter jih na oddelek napoti specialist psihiater zaposlen v zaporu. Prav tako se na oddelku zdravijo osebe, ki so v priporu, za katere izvedenec meni, da potrebujejo psihiatrično zdravljenje zaradi duševne bolezni.

Slovenija je z odprtjem Enot za forenzično psihiatrijo sledila ostalim evropskim državam, ter upoštevala priporočila Sveta Evrope.

Na Enoti za forenzično psihiatrijo so zaposleni (UKC Mb, 2016):

- Predstojnik oddelka: Jure Koprivšek, dr.med.,
- specialisti psihiatri,
- klinični psihologi,
- diplomirana medicinska sestra,
- socialni delavci,
- delovni terapevti,
- zdravstveni tehniki in
- pravosodni policisti.

## **10 Primerjava podatkov o storilcih kaznivih dejanj z duševnimi boleznimi med Slovenijo in Anglijo**

### **10.1 Anglija**

#### **10.1.1 Uvod**

V tem poglavju bom povzela opravljeno raziskavo, ki je bila narejena za področje Anglije (Birmingham, Mason in Grubin, 1996).

Raziskava je potekala v zaporu za moške HMP v Durhamu (Združeno kraljestvo). V njej je sodelovalo 569 moških, starih 21 let in več. Namen raziskave je bilo definirati povezavo med duševnim stanjem oseb in njihovimi kaznivimi dejanji.

#### **10.1.2 Povzetek ugotovitev**

Raziskovalci so ugotovili, da ima 37 % obsojenih duševne motnje (Gunn et al., 1991). Raziskave v Severni Ameriki poročajo, da bodo osebe z duševnimi boleznimi bolj verjetno bile obtožene, kot osebe v enaki situaciji brez duševne bolezni (Teplin L. 1984).

Prav tako britanska raziskava iz leta 1980 je potrdila veliko stopnjo duševnih bolezni med priporniki (Gunn in Taylor, 1980). Kljub vsem opravljenim raziskavam je še vedno nejasno kako pogoste so dejansko duševne bolezni med zaporniki.

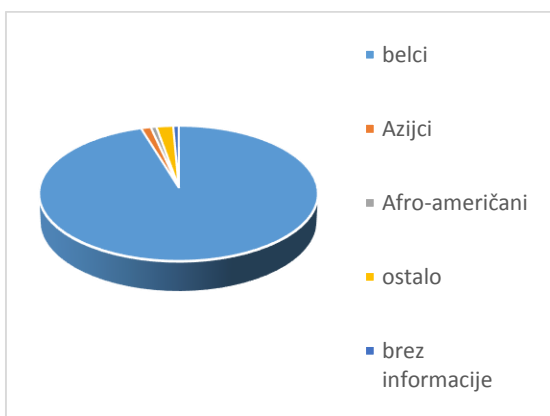
Zapor Durham je zapor za moške, ki prestajajo krajšo zaporno kazen. Zapor ima prostora za okoli 640 zapornikov. Zaporniki so vsi starejši od 21 let in so vsi bili obsojeni na lokalnih sodiščih - Tyneside, Northumberland, Cumbria in okrožje Durham. V zapor vsak dan sprejmejo novega zapornika ter jih nekaj odpustijo. V zaporu velja postopek, pri katerem vsakega novega zapornika pregledajo pri zaporniškem zdravniku, vsak zapornik tudi izpolni vprašalnik, v katerem sprašujejo po fizičnem in psihičnem zdravju, ter tudi o morebitni odvisnosti od drog. Z vsakim zapornikom se naslednji dan zdravnik tudi osebno sreča, ga intervjuja, ter pregleda.

Raziskovalci so opravili intervjuje z vsemi udeleženci od 1. oktobra 1995 do 30. aprila 1996. Vsi udeleženci so tudi podpisali izjavo o zaupnosti. Uporabili so polstrukturiran vprašalnik, ki je bil sestavljen posebej za to raziskavo. Uporabili so tudi CAGE vprašalnik, s katerim so želeli ugotoviti, kakšen je delež zlorabe alkohola (Mayfield, McLeod in Hall, 1974) ter prav tako vprašalnik, s katerim so želeli ugotoviti delež odvisnosti od drog (Edwards, Gossop, Phillips, Strang, Sutherland in Taylor, 1987). Uporabili so tudi test za ugotavljanje inteligenčnega kvocienta (Ammons in Ammons, 1962). Intervjuji so bili dolgi od 20 minut do ene ure.

### **10.1.3 Rezultati**

Najprej bom predstavila demografske podatke 569 pripornikov. Demografska sestava vzorca je pomembna, saj lahko vpliva na ugotovitve. Obenem se uporabljen vzorec razlikuje od demografske sestave Slovenije, kar bi lahko vplivalo na drugačne ugotovitve slovenske stroke. Starostni razpon udeležencev je bil od 21 do 70 let.

Slika 2: Etnična pripadnost (Gunn et al., 1991)

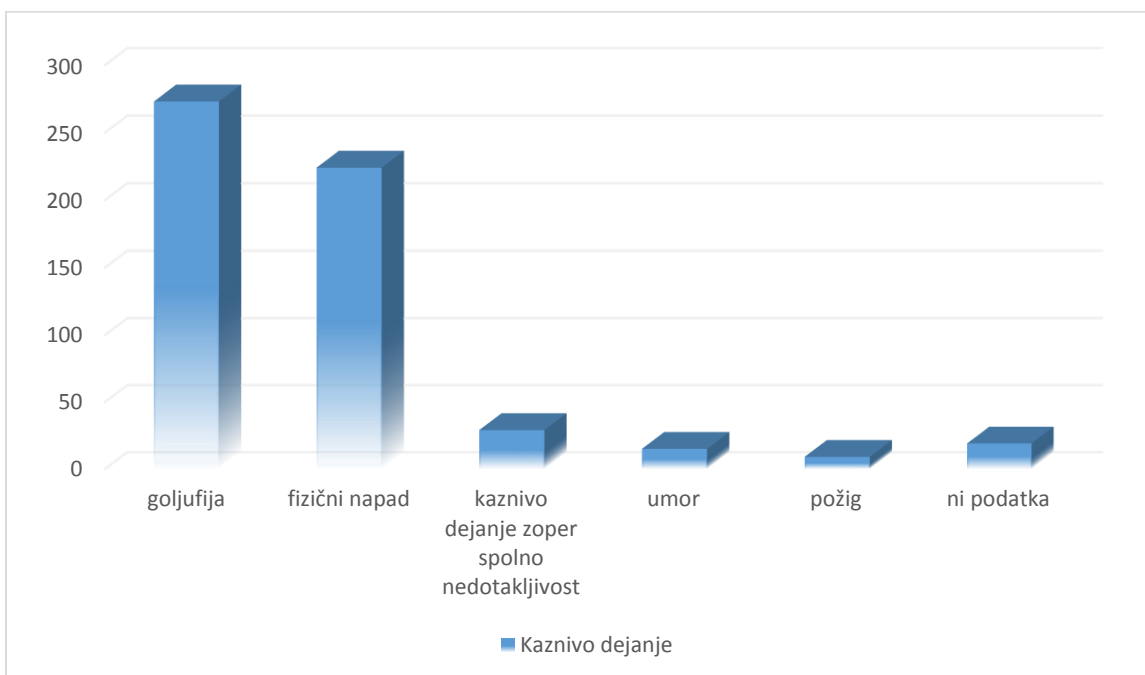


V raziskavi je sodelovalo 542 belcev (95 %), 7 Azijcev (1 %), 4 Afroameričani (1 %), ostalo - 12 (2 %), ni podatka - 4 (1 %).

Kot lahko vidimo je populacija pričakovano raznolika zaradi velikega števila priseljencev v Angliji, še vedno pa prevladuje belo prebivalstvo.

Kazniva dejanja udeležencev predstavljam v naslednjem grafikonu:

Slika 3: Porazdelitev kaznivih dejanj med udeleženci (Gunn et al., 1991)

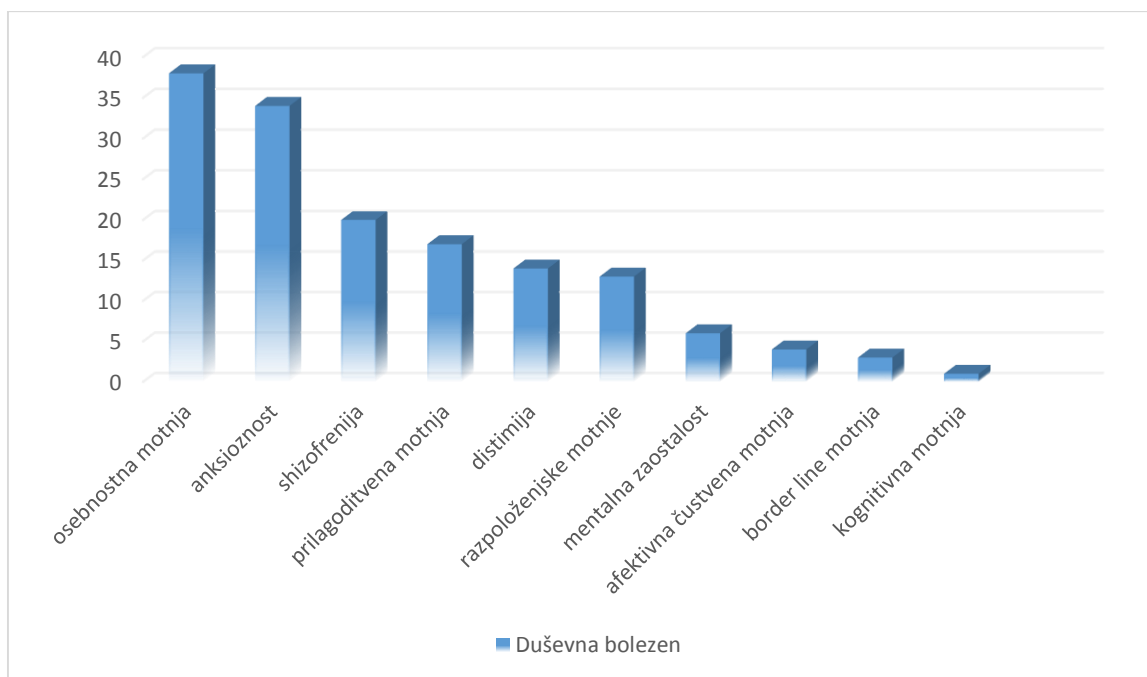


Največ kaznivih dejanj je bilo kaznivih dejanj goljufije (273) in fizičnega napada (224). Sledi še kaznivo dejanja napada zoper spolno nedotakljivost (29), umora (15) in požiga (9). Pri 19 udeležencih niso našli podatka. Zanimivo je, da je kaznivega dejanja goljufije največ. Pri raziskovanju sem pričakovala, da bom dobila podatke, kjer bo

fizičnih napadov največ, oziroma da bodo prevladovala kazniva dejanja zoper spolno nedotakljivost, saj menim da storilci, ki imajo duševno bolezen pod vplivom svoje bolezni nerazsodno razmišljajo in zato izvedejo hujše kazniva dejanja.

Kot je razvidno iz naslednjega grafikona, je 148 udeležencem bila diagnosticirana ena izmed duševnih bolezni.

Slika 4: Porazdelitev duševnih bolezni med udeleženci raziskave (Gunn et al., 1991)



Iz grafikona lahko razberemo stanje duševnih bolezni udeležencev raziskave. 38 osebam je bila diagnosticirana osebnostna motnja, sledijo anksiozne motnje pri 34 osebah, veliko je tudi oseb s shizofrenijo - 20. Sledi še prilagoditvena motnja pri 17 osebah. V manjšem številu so osebe z distimijo - 14, razpoloženijskimi motnjami - 13, mentalno zaostale osebe (IQ test) - 6, osebe z afektivnimi motnjami - 4, border line motnjo - 3 in 1 s kognitivno motnjo. Raziskovalci so odkrili 148 oseb z duševnimi boleznimi.

En udeleženec je za čas trajanja raziskave imel simptome anksioznosti. 22 osebam je bila v preteklosti diagnosticirana duševna bolezen, ampak za čas raziskave niso imeli simptomov.

168 oseb je potrebovalo eno izmed vrst hospitaliziranja. Od tega jih je bilo 99 sprejetih v splošno psihiatrično obravnavo oziroma enoto forenzične psihiatrije. 29 oseb se je zdravilo v splošni bolnišnici, 21 jih je bilo na oddelku, kjer osebe potrebujejo takojšno premestitev na psihiatrični oddelek, 19 jih je še potrebovalo mnenje zdravnika psihiatra, od ostalih 15 oseb niso dobili informacije.

Raziskava, ki je bila opravljena v zaporu Durham, je res pokrila le manjši delež zapornikov glede na populacijo in dejansko število zapornikov v vsej državi. Kljub temu ni možno sklepati, da se rezultati kakorkoli razlikujejo z drugimi raziskavami, ki so bile opravljene v ostalih zaporih.

## **10.2 Slovenija**

V nadaljevanju bom predstavila osebni intervju iz dne 13.5.2016 opravljen z dr. Miranom Pustoslemškom. Dr. Miran Pustoslemšek je zaposlen kot psihiater na oddelku za forenzično psihiatrijo v UKC Mariboru, torej na enoti, kjer se zdravijo med drugim tudi pacienti, ki jim je bila izrečena sankcija obveznega psihiatričnega zdravljenja.

V intervjuju mi najprej dr. Miran Pustoslemšek predstavil svoje delo in naloge, ki jih opravlja na Enoti za forenzično psihiatrijo. Je namestnik oddelka za psihiatrijo in vodja enote za forenzično psihiatrijo, delo opravlja že od začetka enote za forenzično psihiatrijo, torej 4 leta. Število pacientov na enoti skozi leta ne odstopa vidno (na mesec jih sprejmejo približno 5). Na dan intervjuja je bilo na enoti 48 oseb, ki so prestajale ukrep prisilnega zdravljenja. Za namen diplomskega dela me je zanimalo, katera duševna bolezen prevladuje. Dr. Pustoslemšek mi je pojasnil da je največ shizofrenije (ki je zadnje čase v porastu) in odvisnost od psihoaktivnih substanc ter kombinirano shizofrenija in odvisnost. Kar se tiče povezave kaznivih dejanj in duševnih motenj, sem izvedela, da je pri nas najpogostejša povezava med shizofrenijo in kaznivim dejanjem umora. Zanimali so me tudi preventivni ukrepi, ki so usmerjeni v preprečitev nastanka kaznivega dejanja diagnosticiranih z duševno boleznijo. Kot mi je pojasnil, je v Sloveniji pedopsihiatrična obravnava zelo slaba. Ne samo to, tudi centri za socialno delo bi po njegovem mnenju morali boljše sodelovati z odvisniki od drog. Po izpustitvi iz zdravljenja grejo osebe nazaj v zapor, kjer imajo psihiatrično zdravljenje še naprej zagotovljeno. Nevladne organizacije pa med drugim pomagajo odvisnikom z različnimi programi tudi po prestani kazni.

## 11 Razprava

Glede na raziskave je deljeno mnenje glede povezave med duševnimi motnjami in kaznivimi dejanji. Študij, ki pravijo da povezave med duševnimi boleznimi in kaznivimi dejanji ni, je kar nekaj. Ena izmed študij navaja (Institute of Medicine, 2006), da je vloga duševnih bolezni pri kaznivih dejanjih majhna, saj naj bi bil glavni razlog le začasno duševno stanje oseb (travme, začasne motnje). S to študijo se strinja tudi naslednja, ki pravi, da večina ljudi, ki trpi za duševnimi boleznimi nima nasilnih nagnenj (American Psychiatric Association, 1994). Mulvey (1994) pravi, da je samo pri peščici ljudi z duševnimi boleznimi možno najti nagnjenja h kriminalnim dejanjem. Appleby, Mortensen, Dunn in Hiroeh (2001) so v svoji študiji zapisali, da je veliko bolj možno, da bo oseba z duševnimi z boleznimi postala žrtev kot storilec kaznivega dejanja. Hiday (2006) pa pravi, da imajo ljudje, ki trpijo za shizofrenijo ali bipolarno motnjo dvakrat več možnosti, da bodo žrtev fizičnega napada, posilstva ali ropa kot ostalo prebivalstvo. S to ugotovitvijo se strinja tudi Dominguez (2013), ki potrjuje, da imajo osebe, ki trpijo za eno izmed duševnih bolezni več možnosti, da bodo žrtve nasilnega kaznivega dejanja, zato je toliko bolj pomembno, da te osebe poiščejo pomoč čimprej, saj so tako zaščiteni pred kaznivimi dejanji ter tudi pred tem da bodo sami storilci. Velik problem je namreč še vedno ta, da ljudje nočejo poiskati pomoči zaradi strahu pred stigmatizacijo.

Seveda ima veliko vlogo tudi filmska industrija oziroma novinarji. Ti nam pogosto subjektivno prikazujejo dogajanje in mnenja. Po mojem mnenju je tudi v Sloveniji premalo objektivnega poročanja. Kar tudi pri poročanju primanjkuje je vključevanje strokovnjakov iz tega področja. Menim, da bi prebivalstvo želelo slišati njihovo strokovno mnenje. Iz tega bi se lahko tudi institucije naučile preventivnih ukrepov oziroma jih sploh uvedle ter začele uresničevati. Prevečkrat slišimo le splošno poročanje o dogodkih in pričevanja morebitnih očividcev. Javnost tako zelo težko pride do nekega mnenja oziroma dobi resnične informacije. Zaradi tega površnega poročanja tudi pride do stigmatizacije. Duševno bolni so tudi gledalci in so večkrat prizadeti, ker se ne pojasni celotna slika. Po mnenju raziskovalcev (Mental Health American, 1999) imajo veliko vlogo dojemanja duševnih bolezni v povezavi s kriminalom mediji oziroma filmska industrija. V filmih namreč kar v 60 % prikažejo duševne bolnike kot nasilne. Wahl (1995) pa pravi, da tudi dnevne novice, oziroma novinarji prikažejo duševne bolnike kot nasilne, oziroma jih občutno bolj izpostavijo. Richards, Wahl in Wood (2002) tudi razlagajo, da se v medijih preveč govori o negativnih straneh duševnih



bolezni oziroma o posledicah, premalo pa o uspešnih metodah in primerih ozdravitve le-teh.

V nadaljevanju bom še raziskala povezavo s shizofrenijo in kaznivim dejanjem umora za področje Anglije ter primerjala z ugotovitvami v Sloveniji. Za Slovenijo nisem dobila točnega podatka, saj žal nisem dobila dostopa do podatkov enote forenzične psihiatrije v Mariboru. Kot sem pa izvedela je pri nas največ prav povezave shizofrenije z umori in celo z leti narašča (dr. Miran Pustoslemšek, osebni intervju, 13.5.2013). Glavna razlika med Slovenijo in Anglijo je v razmerju pogostosti duševnih bolezni. V Angliji je bilo med leti 2001 in 2010 povprečno 17 pacientov na leto s shizofrenijo, ki so storili kaznivo dejanje umora (Windfuhr, 2013). Število se je sicer skozi to obdobje znižalo. V zadnjih letih je tako povprečje 10 na leto, razen visokega skoka na 27 v letu 2005. V teh desetih letih je bilo povprečno število storilcev kaznivih dejanj, ki so bili duševno bolni 57 na leto (Windfuhr, 2013). Ti storilci v času kaznivega dejanja niso bili zdravljeni. Največ jih je bilo med leti 2004 in 2006, v zadnjih letih pa se je število zmanjšalo.

Pričakovala sem, da bo v obeh državah približno podobno, torej, da bo tudi v Angliji v zadnjih letih največ shizofrenije in odvisnosti od psihoaktivnih snovi. Skleпам, da je takšna razlika zaradi tega, ker je mogoče v Angliji sistem psihiatričnega zdravljenja bolj razvit. Kot sem izvedela v intervjuju, (M. Pustoslemšek, osebni intervju, 13.5.2016), je pri nas pedopsihiatrična obravnava zelo slaba, ter je preveč ljudi, ki niso zdravljeni za svojo duševno bolezen zaradi kriterijev, ki jih določa Zakon o duševnem zdravju. Menim, da bi bilo že odvisnosti v zaporih lahko manj, če bi poleg nevladnih organizacij za pomoč in podporo poskrbelo še zdravstvo.

V enem izmed člankov (Moyes in Parry, 2013) so raziskali število žrtev storilcev, ki so bili v času kaznivega dejanja duševno bolni. Prišli so do številke 1200 v zadnjih desetih letih. Dejstvo je, da ni mogoče uspešno izvajati preventive, če se duševni bolniki ne zdravijo in niso pod nadzorom. Številka bi lahko po mojem mnenju bila še višja, če se nekateri od teh ne bi že zdravili. V še eni raziskavi (Appleby, Amos, Flynn, Hunt, Kapur, Shaw in Turnbull, 2004) so raziskali pogostost kaznivih dejanj duševno bolnih, v katerih so žrtve znanci oziroma neznanci. Manj je verjetno, da bo duševno bolan storilec storil kaznivo dejanje, kjer bo žrtev neznanec. V 62 % so bile žrtve znanci oziroma družinski člani in samo v 17 % neznanci.

V diplomskem delu sem torej s pomočjo raziskav potrdila hipotezo, da je najbolj pogosta povezava shizofrenije s kaznivimi dejanji. Menim, da je to zato, ker je shizofrenija ni samo ena, oziroma poznamo več tipov, kot smo že spoznali. Kadar pride

pacient na zdravljenje se verjetno težko že v prvih dneh določi, za kateri tip gre. Sklepam lahko, da za vsak tip shizofrenije obstaja druga metoda zdravljenja. Shizofrenija je težka bolezen, ki se dolgotrajno zdravi, zato mislim, da bi morali obstajati preventivni ukrepi oziroma preventivni pregledi pri zdravnikih skozi vsa obdobja življenja, sploh pri osebah, kjer se je bolezen že predhodno pojavila v družini. Menim, da bi s tem preprečili oziroma lahko odkrili nagnjenja že veliko pred tem, ko bi bolezen že napredovala. Res pa je, da te osebe ne bi želele same na pregled in bi zato rabile spodbujanje svojcev in znancev. Ne le da bi se bolezen pravočasno odkrila, s tem bi tudi potencialno zmanjšali število kaznivih dejanj in s tem seveda žrtev. Kot mi je pojasnil tudi dr. Miran Pustoslemšek (osebni intervju, 13.5.2016) je zdravljenje pacientov na enoti dolgotrajno in ne gre brez zapletov. S tem sem tudi potrdila hipotezo, da je zdravljenje bolnikov, ki so prisilno hospitalizirani dolgotrajno in zahtevno. Prepričana sem, da veliko pacientov po izpustitvi še vedno ne zmore zaživeti normalnega življenja, ter da zato trpijo tudi drugi družinski člani. Zato menim, da bi tudi tukaj lahko prav prišel program pomoči družinskim članom ter program ponovnega vključevanja v družbo, kjer bi lahko sodelovale tudi nevladne organizacije, sploh kadar gre za odvisnost od prepovedanih substanc. Vsekakor je Enota za forenzično psihiatrijo odlična pridobitev in je škoda, da se ni odprla že prej, saj bi lahko tako pospešili zdravljenje oziroma bi te osebe dobile kraj, kjer se lahko počutijo varne (in ostali državljani) že prej.

Sem mnenja, da je veliko storilcev kaznivih dejanj z duševnimi boleznimi zato, ker zaradi svoje bolezni ne razmišljajo racionalno, ter se posledično vedejo v nasprotju z družbenimi normami. Za svojo bolezen niso krivi sami, temveč je lahko vzrokov, kot sem ugotovila lahko kar nekaj. Vsekakor je odlična preventiva že prostovoljno zdravljenje, kar pa seveda žal ni vedno možno. Menim, da bi morala družba bolj objektivno razmišljati ter se o duševnih boleznih morala bolj poučiti. S tem bi se tudi zmanjšala stigmatizacija, duševno bolni pa bi se posledično prej začeli zdraviti, ter se ne bi počutili odrinjeno. Menim tudi, da se zaradi tega občutka odrinjenosti povečuje število kaznivih dejanj, saj ne vidijo izhoda, ter se želijo na tak način zaščiti oziroma maščevati družbi, ki jih ne sprejema. Človek namreč potrebuje občutek sprejetosti v vsakem primeru, to nas navsezadnje uči tudi Maslova teorija potreb (Maslow, 1943), saj če se človek ne počuti sprejet, tudi sam sebe ne bo sprejel.

## 12 Viri

- Abram Karen M., Dulcan Mina K., Jakubowski A. Jessica, Welty Leah J. (2015). *Mental disorders don't predict future*. Chicago: Northwestern University
- American Psychiatric Association. (1994). *Fact Sheet: Violence and Mental Illness*. Washington, DC: American Psychiatric Association
- Appleby L., Amos T., Flynn S., Hunt I. M., Kapur N., Shaw J., Turnbull P. (2004). Mental illness in people who kill strangers: longitudinal study and national clinical survey. *British Medical Journal*, 328(7442), 734-737
- Appleby, L., Mortensen, P. B., Dunn, G., & Hiroeh, U. (2001). Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: a population-based study. *The Lancet*, 358, 2110-2112
- Coid J., Roberts A., Tyrer P., Ullrich S., Yang M. (2006) Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British Journal of Psychiatry*. 188(5), 423-431
- Dominguez, K. M. (2013). Mental Disorders and Vulnerability to Homicidal Death: Swedish Nationwide Cohort Study. *Journal of Emergency Medicine*, 44(6), 1214-1215.
- Društvo Drogart. (2016). *Droge*. Pridobljeno na <http://www.drogart.org/droge.html>
- Flaker, V., Lamovec, T. (1993). *Kaj je duševna bolezen?* Ljubljana: Fakulteta za socialno delo
- Foundation for a Drug-Free World. Pridobljeno na <http://www.drugfreeworld.org/home.html>
- Gregoire C. (14.5.2015). *The Link Between Mental Illness And Violence Is More Complicated Than You Might Think*. The Huffington Post. Pridobljeno na [http://www.huffingtonpost.com/2015/05/14/mental-illness-violence\\_n\\_7160754.html](http://www.huffingtonpost.com/2015/05/14/mental-illness-violence_n_7160754.html)
- Gunn, J., Maden, A., Swinton, M. (1991). Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. *British Medical Journal*, 303(6798), 338-341
- Gunn, J., Taylor, P. J. (1984). Violence and psychosis. I. Risk of violence among psychotic men. *British Medical Journal*, 288(6435), 1945-1949.

- Hiday, V. A. (2006). Putting Community Risk in Perspective: a Look at Correlations, Causes and Controls. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 316-331
- Institute of Medicine. (2006). *Improving the Quality of Health Care for Mental and Substance-Use Conditions*. Washington, DC: Institute of Medicine
- Kazenski zakonik Republike Slovenije. (2012). *Uradni list RS*, (50/12).
- Klanšček Jeriček H., Zorko M., Bajt M., Roškar S. (2009). *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja
- Kobal, M. (2009). *Psihopatologija za varnostno in pravno področje*. Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological review*. 50(4), 370
- Mental Health America. (1999). *American Opinions on Mental Health Issues*. Alexandria: NMHA
- Moyes S. in Parry R. (7.10.2013). 1,200 killed by mental patients. *The Sun*. Pridobljeno na <http://www.thesun.co.uk/sol/homepage/news/5183994/1200-killed-by-mental-patients-in-shock-10-year-toll.html>
- Mulvey, E. P. (1994). *Assessing the evidence of a link between mental illness and violence*. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 663-668
- Richards R., Wahl O.E., Wood A. (2002). Newspaper coverage of mental illness: is it changing? *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6, 9-31
- Teplin, L. A. (1984). Criminalizing mental disorder: the comparative arrest rate of the mentally ill. *American Psychologist*, 39(7), 794
- UN General Assembly, *1971 Convention on Psychotropic Substances*, 9 December 1975, A/RES/3443
- UN General Assembly, *1972 Protocol Amending the Single Convention on Narcotic Drugs*, 1961, 9 December 1975, A/RES/3444
- United States Department of Health and Human Services. (2007) *Substance Abuse and Mental Health Services Administration: National Survey on Drug Use and Health*. Office of Applied Studies
- Wahl, O. (1995). *Media Madness: Public Images of Mental Illness*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Windfuhr K. (16.10.2013). *Hard evidence: how dangerous is mental illness? The Conversation*. Pridobljeno na <http://theconversation.com/hard-evidence-how-dangerous-is-mental-illness-19225>

World Health Organization. *Mental disorders*. Pridobljeno na [http://www.who.int/topics/mental\\_disorders](http://www.who.int/topics/mental_disorders)

World Health Organization. (2006). *International statistical classification of diseases and related health problems: Tenth revision*. World Health Organization

Zakon o policiji. (2006). *Uradni list RS*, (107/06).

Zakon o duševnem zdravju. (2008). *Uradni list RS*, (77/08).

Zakon o kazenskem postopku. (2012). *Uradni list RS*, (32/12).

## 13 Priloge

Dr. Miran Pustoslemšek (osebni intervju, 13.5.2016)

1. Kaj obsega vaše delo na oddelku za psihiatrijo UKC Maribor?
2. Koliko časa že opravljate to delo?
3. Opažate kakšna odstopanja pri številu pacientov skozi zadnja leta?
4. Opažate kakršnekoli druge spremembe, npr. demografske (starost, zaposlenost)?
5. Koliko pacientov, ki prestajajo ukrep prisilne hospitalizacije imate trenutno?
6. Koliko jih približno sprejmete na mesec?
7. Katere duševne bolezni in kazniva dejanja prevladujejo?
8. Opažate kakšno povezavo med določeno duševno boleznijo in kaznivim dejanjem? Je npr. bolj pogosto, da bolnik s shizofrenijo zagreši kaznivo dejanje umora?
9. So morda na oddelku tudi povratniki, oziroma je več oseb, ki so že bile zdravljene ali tistih, ki še niso bili?
10. Nisem našla veliko tujih člankov na temo preventivnih ukrepov, ki bi usmerjeni v preprečitev nastanka kaznivega dejanja diagnosticiranih z duševno boleznijo. Pa me zanima ali sodelujete oz. vodite takšne programe?
11. Kaj pa programi, ki spremljajo zapornika po izpustitvi? Jih imate in ali so uspešni? Zakaj da ali ne?