PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

Ime in priimek: Tatjana Petelinek

Naslov naloge: Vpliv zdravljenja zasvojenosti na varnost v cestnem prometu

Kraj: Ljubljana

Leto: 2009

Št. strani: 159 **Št. grafov:** 10 **Št. tabel:** 18

Št. virov: 54 **Št. prilog:** 4

Mentor: izr. prof. dr. Jože Ramovš

Ključne besede: alkohol, psihoaktivne snovi, zasvojenost, zdravljenje zasvojenosti, vožnja, vožnja pod vplivom alkohola, vožnja pod vplivom nealkoholnih psihoaktivnih snovi, cestni promet, varnost v cestnem prometu.

POVZETEK

V vsakdanjih navadah in običajih Slovencev sta pitje alkoholnih pijač in opijanje samoumevna, vse pogostejše pa je tudi omamljanje z drugimi psihoaktivnimi snovmi. Dolgotrajno uživanje omamnih snovi vodi v zasvojenost, ki se vzpostavi kot umetna, škodljiva potreba po omamni snovi, omamnem vedenju ali doživljanju. Opredelimo jo lahko kot bolezen, kot priučeno vedenje, oziroma specifičen sožitni slog. Zasvojeni so torej bolni, vendar vozijo in pogosto kršijo cestnoprometne predpise. Diplomska naloga prikaže, da samo zaostrovanje represivnih ukrepov ne pripomore k njihovemu bolj varnemu ravnanju v prometu.

S kvantitativno raziskavo je bilo ugotovljeno, da obstaja statistično pomembna razlika glede varne udeležbe zasvojenih v prometu, pred in po zdravljenju zasvojenosti. Kvalitativna raziskava odgovarja na vprašanji, zakaj visoke kazni *ne streznijo* zasvojenih, in ali zdravljenje zasvojenosti bistveno pripomore k večji varnosti na cestah. Kot najpomembnejša je povzeta ugotovitev, da so zasvojeni po zdravljenju bolj varni udeleženci cestnega prometa in da je prav zdravljenje zasvojenosti tisti ključni dejavnik, ki prispeva k večji varnosti vseh nas. Sklepno spoznanje se ujema z dosedanjimi znanstvenimi spoznanji in potrjuje, da so lahko samo *trezni in čisti* vozniki odgovorni vozniki.

Key words: alcohol, psychoactive substances, addiction, addiction treatment, driving, driving under the influence of alcohol, driving under the influence of nonalcoholic psychoactive substances, road traffic, safety in road traffic.

ABSTRACT

Drinking alcoholic beverages and regular alcohol intoxication have become a common feature of daily Slovenian habits and customs, though intoxication with other psychoactive substances is also more and more often. A long-term consumption of intoxicating substances leads to addiction which is reflected as an artificial, harmful need of intoxicating substance, stupefied behaviour or experiencing. Addiction can be defined as a state of illness, as an accustomed behaviour or a specific coexistence style. Addicts are ill, yet they drive and often violate traffic regulations. The present diploma work shows that the implementation of stricter and more repressive traffic measures does not contribute to a safer conduct of addicts in traffic.

The quantitative research has shown a significant statistical difference as far as a safe participation of addicts in traffic before nad after addiction treatment is concerned. The research answers two questions; the first is why high traffic fines do not sober the addicts and the second is whether addiction treatment contributes significantly to a greater road safety. The most important finding is that after addiction treatment addicts are safer participants in road traffic and that addicton treatment is a key factor which contributes to a greater safety of us all. The final finding is in accordance with the scientific research results and confirms the fact that only sober and designated drivers are responsible drivers.

UNIVERZA V LJUBLJANI

FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

DIPLOMSKA NALOGA

VPLIV ZDRAVLJENJA ZASVOJENOSTI NA VARNOST V CESTNEM PROMETU

Mentor: izr.prof. dr. Jože RAMOVŠ **Tatjana PETELINEK**

Ljubljana 2009

PREDGOVOR

V evropski kulturi je pitje alkoholnih pijač zelo razširjeno, vse pogostejše pa je tudi omamljanje z drugimi psihoaktivnimi snovmi (PAS). Vsakdanje življenje Slovencev je prepleteno z navadami in običaji, kjer sta zlasti pitje alkoholnih pijač in opijanje samoumevna. S pitjem alkohola in drugimi vrstami omam so povezane mnoge stiske tistih, ki se omamljajo, in njihovih bližnjih.

Dolgotrajno uživanje alkohola ali drugih omamnih snovi vodi k zasvojenosti, ki se vzpostavi kot umetna škodljiva potreba po omamni snovi, omamnem vedenju ali doživljanju. Zasvojenost se razvija postopoma, in ko je vzpostavljena, neizprosno zahteva zadovoljitev. Človek jo običajno čuti močneje kot svoje naravne telesne, duševne, duhovne, socialne, razvojne in druge pristne potrebe. Njeno zadovoljevanje terja visok davek, in sicer se stopnjuje človekovo propadanje prav zaradi zanemarjanja teh primarnih potreb. Posledice takega vedenja se kažejo tako na telesnem, duševnem in družbenem področju posameznikovega življenja, posredno torej tudi v prometu.

Zaradi narave bolezni, ki se začne razvijati neopazno, morda samo z rahlimi odstopanji od vedenjskega vzorca večine, v vsakdanjem življenju na zasvojene ne gledamo kot na bolnike, ki nujno potrebujejo zdravljenje. V njih vse prepogosto vidimo pokvarjene, brezčutne, neodgovorne osebe, ki s svojim ravnanjem onesrečujejo sebe in druge. V skladu s temi stereotipnimi prepričanji se do njih tudi vedemo in s tem njihove stiske le še poglabljamo.

Vrsto let se pri svojem poklicnem delu srečujem z zasvojenimi in njihovimi življenjskimi zgodbami. Ko pripovedujejo o bolj ali manj tragičnih posledicah zaradi bolezni spremenjenega življenjskega sloga, o premnogih tveganjih, ki vodijo k bolečim izkušnjam, se vedno znova sprašujem, kje je ključ do zgodnejše ustrezne pomoči. Z diplomsko nalogo sem skušala preko povzetih splošno znanih dejstev o alkoholu in drugih psihoaktivnih snoveh, njihovem delovanju na psihofizične sposobnosti posameznika, zakonitostih razvoja zasvojenosti kot bolezni in nazadnje možnostih zdravljenja, osvetliti povezanost med varnostjo cestnega prometa in bolezensko odvisnostjo od teh snovi. V empiričnem delu sem želela ugotoviti, ali je zdravljenje zasvojenosti tisti ključni dejavnik, ki lahko bistveno vpliva na izboljšanje varnosti cestnega prometa.

Hvala mentorju in vsem, ki so verjeli vame!

KAZALA

KAZALO VSEBINE

KAZALA 5
KAZALO VSEBINE 5
Kazalo grafov 6
Kazalo tabel 7
1 TEORETIČNI UVOD 8
1.1 ALKOHOL 8
1.1.1 Vpliv alkohola na psihofizične sposobnosti človeka 13
1.2 NE-ALKOHOLNE PSIHOAKTIVNE SNOVI 16
1.2.1 Vpliv ne-alkoholnih PAS na psihofizične sposobnosti človeka 18
1.3 VOŽNJA 24
1.3.1 Veljavna zakonodaja 25
1.3.2 Vpliv alkohola na vožnjo 32
1.3.3 Vpliv ne-alkoholnih PAS na vožnjo 37
1.4 ZASVOJENOST 41
1.4.1 Zasvojenost/odvisnost od alkohola ali drugih PAS kot bolezen 41
1.4.2 Posledice zasvojenosti 52
1.4.3 Zasvojeni in cestnoprometni prekrški 65
1.4.4 Socialnoekonomske posledice kršitev cestnoprometnih predpisov 69
1.4.5 Ukrep obveznega zdravljenja zasvojenosti 71
1.4.6 Zdravljenje zasvojenosti 72
2 PROBLEM 86
A 3 METODOLOGIJA 88
A 3.1 VRSTA RAZISKAVE 88
A 3.2 MERSKI INSTRUMENTI IN VIRI PODATKOV 90
A 3.3 POPULACIJA IN VZORČENJE 91
A 3.4 ZBIRANJE PODATKOV 94
A 3.5 OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV 94
A 4 REZULTATI (ugotovitve) 97
B 3 METODOLOGIJA 103
B 3.1 VRSTA RAZISKAVE 103

B 3.2 MERSKI INSTRUMENTI IN VIRI PODATKOV 104
B 3.3 POPULACIJA IN VZORČENJE 105
B 3.4 ZBIRANJE PODATKOV 105
B 3.5 OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV 106
B 4 REZULTATI (ugotovitve) 109
5 RAZPRAVA 114
6 SKLEPI 120
7 PREDLOGI 121
8 LITERATURA 122
9 PRILOGE 127
9.1 PRILOGA A: VPRAŠALNIK – RAZISKAVA A 127
9.2 PRILOGA B: SEZNAM ENOT KODIRANJA 128
9.3 PRILOGA C: PREGLEDNICA HIERARHIJE KOD 137
9.4 PRILOGA D: SEZNAM DEFINICIJ 151

Kazalo grafov

Graf 1: Pregled strukture vzorca glede na spol 91
Graf 2: Pregled strukture skupnega vzorca glede na starost 92
Graf 3: Pregled strukture skupnega vzorca glede na trajanje abstinence 93
Graf 4: Zasvojenost (skupni vzorec) glede na vrsto PAS 93
Graf 5: Odvzemi vozniških dovoljenj pred in po zdravljenju 97
Graf 6: Skupno število odvzemov vozniških dovoljenj 98
Graf 7: Povratniki (odvzemi vozniških dovoljenj) 99
Graf 8: Udeleženci prometnih nesreč pred in po zdravljenju 100
Graf 9: Skupno število prometnih nesreč pred in po zdravljenju 101
Graf 10: Povratniki (prometne nesreče) 102

Kazalo tabel

Tabela 1: Vpliv alkohola na prometno varnost 34
Tabela 2: Število odrejenih alkotestov in strokovnih pregledov zaradi alkohola v letu 2008..... 36
Tabela 3: Alkoholizirani povzročitelji prometnih nesreč in povprečna stopnja alkohola, v letu 2008 . 36
Tabela 4: Število odrejenih strokovnih pregledov zaradi prepovedanih drog v letu 2008 40
Tabela 5: Višina globe in število kazenskih točk glede na koncentracijo alkohola v krvi 68
Tabela 6: Pregled strukture vzorca 91
Tabela 7: Pregled strukture vzorca glede na starost in spol 92
Tabela 8: Pregled strukture vzorca glede na trajanje abstinence in spol 92
Tabela 9: Zasvojenost glede na vrsto PAS in spol 93
Tabela 10: Odvzemi vozniških dovoljenj pred zdravljenjem 97
Tabela 11: Odvzemi vozniških dovoljenj po zdravljenju.....97
Tabela 12: Skupno število odvzemov vozniških dovoljenj pri 112 anketiranih glede na spol 98
Tabela 13: Število odvzemov vozniških dovoljenj na osebo – pred zdravljenjem 98
Tabela 14: Udeleženi v prometnih nesrečah pred zdravljenjem 100
Tabela 15: Udeleženi v prometnih nesrečah po zdravljenju.....100
Tabela 16: Skupno število prometnih nesreč pri 112 anketiranih 101
Tabela 17: Število prometnih nesreč na osebo – pred zdravljenjem.....101
Tabela 18: Pregled strukture vzorca (Raziskava B).....105

1 TEORETIČNI UVOD

1.1 ALKOHOL

»Al kohl!«, je presenečen in vesel vzkliknil alkimist, ko je po naključju odkril snov, ki mu je spremenila življenje. Legenda pripoveduje, da se je v želji, da bi odkril napoj, ki bi zagotavljal večno mladost in veselje, arabski alkimist Al-jabir ibn Haijan, ki je živel 700 let pred našim štetjem, umaknil v delavnico na svojem vrtu. Čez nekaj časa je omamen vonj iz posode, v katero je metal ostanke sadja, ki mu ga je prinašala žena, pritegnil njegovo pozornost. Vsebino je prevrel in popil tekočino prijetnega okusa. Dobil je občutek, da mu je dala novih moči. Zdelo se mu je, da se želje uresničujejo same od sebe, volja po življenju je rasla, počutil se je pomlajenega. Pričakoval je, da se bo z odkritjem al-kohla (dobra, dragocena, plemenita snov) na svetu pričela zlata doba. Čez nekaj let je spoznal varljiv in nevaren učinek čarobne tekočine, ki je uničila njega in mnogo drugih ljudi. Hudo je trpel, ko je gledal žrtve svojega odkritja, ki so jeznih pogledov in s škripajočimi zobmi iztegovale roke, da bi ga zgrabile. Strahotne kletve so mu polnile ušesa in obupan se je vrgel skozi okno. (Može 2002)

Legenda pojasnjuje le izvor izraza »alkohol«, človek pa izdeluje alkoholne pijače že vsaj 12.000 let. Najstarejši recept na svetu je recept za izdelavo piva. Že v starem Egiptu je bila navada ob dobrodošlici ponuditi kruh in pivo. Vino, ki ga je Jezus delil pri zadnji večerji, je še vedno v središču krščanskega bogoslužja. Zgodnja Cerkev je razglasila, da je alkohol božje darilo, umetnost izdelave alkoholnih pijač pa se je skozi srednji vek ohranjala v samostanih. V tem času so v Evropi odkrili destilacijo in s tem žgane pijače, ki so jih poimenovali aqua vitae ali voda življenja. (Židanik, Čebašek Travnik 2003)

Al-kohl je uničil odkritelja svojega imena, verjetno pa so se problemi v zvezi s pitjem pojavili že hkrati s pridelavo alkoholnih pijač, saj je prvo znano zapisano svarilo pred prekomernim uživanjem alkoholnih pijač zapisano že v klinopisu in staro približno 3.500 let. Tudi Judje so pred 2.700 leti v Sveto pismo zapisali, da vino povzroča gorje, žalovanje, prepire, skrbi, da piči kakor kača, brizgne strup kakor gad in da potem oči gledajo čudno in srce govori zmedeno. (Židanik, Čebašek Travnik 2003) Slikovne upodobitve, pisni in drugi arheološki viri dokazujejo, da so ljudje uporabljali in zlorabljali alkohol skozi vso zgodovino, vse do danes.

Zdi se, da taka ali drugačna omama spremlja človeštvo od tiste pradavnine, ko je človek postal človek. Ko se je ovedel svojega razuma, sveta okrog sebe in svoje odgovornosti zase, za sočloveka ob sebi in za svet, je to svojo veličastno zmožnost neredko izklapljal z omamnim umikom pred resničnostjo. To je delal v stiski, v sproščenosti, v strahu, v navdušenju, iz samozadostnega občutka moči in v nemoči, za užitek, iz malodušja in iz neštetih drugih povodov, še najpogosteje zaradi samoumevne priložnosti v okolju. (Ramovš 2007) Opijanje z alkoholnimi pijačami je tudi danes najbolj razširjena oblika omamljanja. Zgodovinske vire, ki govorijo o tem, lahko razvrstimo v dve skupini, in sicer ena kaže, da so ljudje opijanje povzdigovali in druga, ki toži nad težavami zaradi omamljanja in zasvojenosti ter svari pred zlorabo alkohola.

Ker tuje modrosti in spoznanja ne morejo nadomestiti lastne izkušnje, človek ponavlja vedno iste napake. Še vedno izdeluje alkohol in se opija z njim, čeprav ta, po začetni sreči, prinaša bedo in trpljenje. Najprej človek *osvaja* alkohol, ki mu življenje barva v rožnate odtenke, nato alkohol *zasvoji* človeka, ne da bi sam vedel, kdaj in zakaj. Iz temnega brezna zasvojenosti se lahko reši ali pa v njem dočaka tragični konec.

In kaj je poleg vode osnovna sestavina alkoholnih pijač, za katere že Kitajski cesarski razglas iz leta 1.116 pr. n. št. razglaša, da so ob zmerni uporabi darilo nebes – alkohol, brezbarvna tekočina pekočega okusa in zelo vnetljiva, z vreliščem pri 78,3 ^{0}C in specifično težo 0,794. Dobro se meša z vodo, saj se takoj enakomerno porazdeli po vsej njeni prostornini. Nastaja z alkoholnim vrenjem sladkorjev s pomočjo glivic kvasovk, toda le do koncentracije 15 volumnih odstotkov alkohola v vodni raztopini. Alkohol deluje pri večjih koncentracijah kot razkužilo in ubija glivice kvasovke, zato lahko bolj koncentrirane alkoholne pijače dobimo z destilacijo osnovne alkoholne raztopine. Alkohol nastaja v naravi iz različnih vrst sadja in žit, ki vsebujejo sladkor. Alkoholno vrenje poteka pri sobnih temperaturah, pri nižjih – proti 0 ^{0}C se zaustavi, prav tako pri višjih – če temperaturo tekočine dvigamo do vrelišča, glivice kvasovke odmrejo.

Najbolj znana v skupini alkoholov sta metilni alkohol – metanol (CH_3OH) in etilni alkohol – etanol (C_2H_5OH). Alkohol ima štiri pomembne lastnosti: je razkužilo, topilo, gorivo in omamno sredstvo za živčni sistem; je pa tudi surovina za pridobivanje drugih snovi. (Ramovš 2007)

Ko govorimo o alkoholu, večinoma mislimo na alkoholne pijače, ki vsebujejo etilni alkohol. Gre torej za isto snov, ki deluje na enak način, v pijačah pa je prisotna v različnih deležih (volumskih odstotkih): v pivu v povprečju 4,5 do 5,7 volumskih odstotkov, v vinu 10,5 do 11,8, v likerjih 20 do 38, v žganih pijačah pa 40 do 50 volumskih odstotkov. Alkohol se nahaja tudi v tako imenovanem »brezalkoholnem« pivu, le da v manjši koncentraciji (0,5 do 1,7 volumskih odstotkov).

Alkoholne pijače so neločljiv del zgodovine človeka. So sestavina verskih obredov in drugih ritualov, v naši kulturi pa so prisotne ob vseh družabnih dogodkih in nas spremljajo od rojstva do smrti. Mnogim proizvodnja in prodaja alkoholnih pijač predstavljata pomemben vir zaslužka. Uživanje alkohola je povezano s prepričanji in normami, ki se prenašajo iz roda v rod, te pa se pod vplivom različnih dejavnikov, kot so mediji, oglaševanje, splošno družbeno ozračje, ponudba alkohola, osebne izkušnje in priporočila drugih ljudi, tudi spreminjajo. (Hovnik Keršmanc 2003) Hkrati je pitje alkoholnih pijač del osebne kulture posameznika. Piti ali ne piti, je stvar osebne odločitve, ko pa alkohol postane del nas, se lahko odločamo le, ali se bomo od njega popolnoma ločili ali ne.

Vsako okolje ima svojo značilno pivsko kulturo. Ramovš (2007) navaja, da je naša, evropska kultura glede uživanja alkohola »mokra« kultura in je med vsemi sedanjimi na svetu najbolj zapita. Izšla je iz grško-rimske in jo je odločilno spremljalo krščanstvo, ki pa je samo izšlo iz judovstva. Tako krščansko, kot judovsko versko izročilo imata glede omamljanja enake poglede, saj oba učita zmernosti, vendar je judovska kultura ljudi znala in zmogla varovati pred množičnim pitjem alkohola, krščanstvu pa to ne uspeva. Ramovš (2007) išče odločilno razliko v vzorcih družinske praznične obrednosti. V judovski kulturi je družina bolj avtonomna, zrela, pitje vina pa je obredno pri tedenskem družinskem praznovanju, medtem ko krščanstvo vino uporablja obredno pri maši v skupnosti. Judovska kultura je morda prav na račun družine, opremljene s trajnejšimi vzgojnimi vzorci, uspešneje preživela kulturni prehod, ko je od industrializacije dalje tisočletna skupnostna tradicija postala relativno neuporabna za vsakdanje življenje in sožitje. Sveto pismo uči glede pitja vina zmernost, saj temelji na prepričanju, da nobena stvar ni slaba sama po sebi, temveč zlo nastane šele zaradi napačne misli v človekovi zavesti in zaradi napačne uporabe stvari. Človeka in družbo usmerja v visoko etično in versko zrelost, prispodoba njunega nasprotja, oziroma izrazit primer nasprotne poti pa je konkretna pijanost. Za razliko od Svetega pisma islamska sveta knjiga Koran striktno prepoveduje uporabo alkoholnih pijač, muslimanska kultura pa je, vse od

svojega začetka pred približno 1.500 leti, abstinentska. Izjeme se pojavljajo le v primerih, ko posamezniki ali skupine živijo zunaj svojega kulturnega okolja.

Navedena zgodovinska dejstva morda na prvi pogled niso povezana s problematiko današnjega časa, še manj z varnostjo cestnega prometa, vendar so ključna za razumevanje pojava škodljive rabe oziroma zlorabe alkohola. Vzporedno s pitjem alkoholnih pijač namreč lahko skozi vso zgodovino spremljamo tudi verskomoralna prizadevanja ter pravne ukrepe držav za preprečevanje škode, ki jo opijanje povzroča. Pri tem je pomembno vedeti, da vsako pitje še ni zloraba alkohola in da škodljiva raba še ne pomeni zasvojenosti. Da bi posameznikom olajšali kontrolo nad količino popitega alkohola, so strokovnjaki uvedli štetje meric oziroma enot. Ena enota vsebuje približno 10 gramov čistega alkohola.

1 pijača (enota, merica) = 10 g etilnega alkohola je v:

- 1 dl vina,
- 2,5 dl piva,
- 0,3 dl žganja.

Epidemiologija na področju rabe alkohola zajema zelo široko področje, v katero spadajo:

- uživanje alkoholnih pijač (količine, pivske navade),
- tvegana raba alkohola,
- škodljiva raba alkohola,
- odvisnost od alkohola

ter vse ugodne in neugodne posledice, ki so z rabo povezane. (Čebašek Travnik … [et al.] 2004) Tvegano pivsko vedenje pomeni piti več od »relativno varne« količine alkohola na dan. To je za moškega več kot 20 gramov čistega alkohola na dan oziroma pet ali več alkoholnih pijač ob eni priložnosti in za žensko več kot 10 gramov čistega alkohola na dan ali tri ali več alkoholnih pijač ob eni priložnosti. Strokovnjaki posameznike s tveganim pivskim vedenjem uvrščajo med čezmerne pivce, med redne pivce pa tiste, ki pijejo alkoholne pijače vsaj enkrat do dvakrat na teden.

Na podlagi statističnih podatkov o prodaji alkoholnih pijač v Sloveniji, in ob upoštevanju neregistrirane porabe alkohola, je skupna poraba ocenjena na okoli 15 litrov čistega alkohola na osebo letno. Poraba alkohola na prebivalca pomeni samo oceno povprečne porabe alkohola in se nanaša na vse ljudi v populaciji, ne pomeni pa dejanske porabe alkohola na posameznega pivca. Zgovoren pokazatelj pitju naklonjene družbe so rezultati raziskave javnega mnenja v Sloveniji, opravljene leta 1999, po katerih tvegano pije skoraj dve tretjini ljudi (59 %), redno polovica (48 %), čezmerno dobra petina (21 %), pri vsakem desetem odraslem prebivalcu pa naj bi šlo za bolezen odvisnosti od alkohola. (Čebašek Travnik … [et al.] 2004: 9, 10)

Škodljiva raba, škodljivo uživanje, oziroma zloraba alkohola, pomeni vmesno fazo med občasnim, preudarnim pivcem in človekom, ki je z alkoholom zasvojen. Ne glede na količino in vzorec pitja so okvare telesnega in/ali duševnega zdravja tiste, ki kažejo na škodljivost. Židanik in Čebašek – Travnikova v priročniku Sindrom odvisnosti od alkohola (2003) navajata, da potrebujemo za potrditev diagnoze škodljive rabe alkohola enega izmed naslednjih kriterijev:

- ponavljajoče pitje onemogoča uspešno opravljanje nalog na delovnem mestu, v šoli ali doma – od neopravičenih izostankov do slabo opravljenega dela;
- posameznik pije v okoliščinah, ki so nevarne za zdravje, kot npr. vožnja avtomobila v vinjenem stanju;
- ponavljajoče se pravne posledice, npr. kaljenje nočnega miru;
- ponavljajoče se pitje kljub težavam v medosebnih odnosih, ki jih povzroča ali poglablja ravno pitje alkoholnih pijač.

1.1.1 Vpliv alkohola na psihofizične sposobnosti človeka

Ljudje že od nekdaj uživajo alkohol zaradi njegovih številnih učinkov. Pri tem je potrebno ločiti učinkovanje pri enkratnem pitju oziroma pijanosti od tistega, ki nastane po dolgotrajnem pitju večjih količin alkoholnih pijač.

Alkohol že v nekaj minutah po zaužitju preide v krvni obtok, in sicer manjši del skozi sluznico želodca (okrog 20 %), večji del pa skozi sluznico tankega črevesa (okrog 80 %). Vrh koncentracije v krvi doseže po 30–60 minutah, po 60–90 minutah pa je zaključena distribucija po telesu. (Auer 2002: 29) Alkohol pride po resorpciji iz prebavil s krvnim obtokom v vse dele telesa, za njegove učinke pa so najbolj dovzetne možganske celice, vendar ne vse enako. Med najbolj občutljivimi so celice, ki uravnavajo govor in ravnotežje ter usklajujejo gibanje človeka, za razvoj zasvojenosti pa so najpomembnejši tisti učinki alkohola na možgane, ki vplivajo na duševno doživljanje, čustvovanje in ravnanje. Posledica tega sta spremenjeno vedenje in čustvovanje ter doživljanje sebe in svoje okolice. Možgani pa niso edini organ, ki ga alkohol omami in mu spremeni delovanje. Že po enkratnem zaužitju ima lahko različne prijetne in neprijetne učinke na vse druge organe in organske sisteme. Posledica ponavljajočega učinkovanja so lahko hujše, trajnejše ali celo nepopravljive okvare. (Ziherl 1989) Do škodljivih učinkov pride na različne načine:

- z okvaro celice in njenih prenosnih sistemov,
- z lokalnimi poškodbami tkiv v prebavilih,
- z motnjami presnove beljakovin, vitaminov in mineralov,
- z motnjami prekrvavitve.

Alkohol se razgrajuje v jetrih, za ta proces pa je potreben določen čas. Zdrava jetra potrebujejo za razgradnjo in odstranitev 10 gramov alkohola približno eno uro. Tega procesa z ničemer ne moremo pospešiti. Alkohol se iz telesa v glavnem izloča v obliki presnovkov skozi ledvice (90 %), v manjši meri pa z dihanjem (8 %) in znojem (2 %).

Na koncentracijo alkohola v krvi pri posameznem pivcu po pitju alkoholnih pijač vpliva več dejavnikov:

- količina in hitrost pitja,

- vrsta pijače – žgane in peneče se pijače se hitreje resorbirajo,
- pitje na prazen želodec – hrana v želodcu upočasni čas resorpcije alkohola,
- telesna višina in teža,
- hitrost izločanja.

Sorazmerna s koncentracijo v krvi je tudi koncentracija v izdihanem zraku; ta je v fazi resorpcije nižja kot v krvi, v fazi izločanja pa višja. Koncentracija v možganih ustreza koncentraciji v krvi, pri čemer je največja v možganski skorji. (Auer 2002)

Obstajajo številni dokazi o škodljivosti uživanja večjih količin alkohola:

- *posledice opijanja:* kršitve zakonov, kazniva dejanja, nasilje, nezgode in poškodbe, prometne nesreče, zastrupitve z alkoholom …
- *posledice rednega prekomernega pitja alkoholnih pijač:* obolenja jeter, srca, želodčne sluznice, trebušne slinavke, živčevja, rak ustne votline, grla, žrela in požiralnika, povišan krvni tlak, zasvojenost, nasilje, zlorabe in zanemarjanje otrok, razpad družin, socialna ogroženost …

Koncentracijo alkohola v krvi merimo v gramih na kilogram krvi (x g alkohola/kg krvi) – promili, ‰; v zadnjem času pa **v** mg/l izdihanega zraka. (0,5 ‰ = 0,24 mg/l)

Kako zmeren pivec občuti različne koncentracije alkohola v krvi: (Hovnik Keršmanc 2003)

- 0,5 ‰ – pri tej količini alkohola v krvi se sposobnost razmišljanja in presojanja razrahlja, včasih postane motena. V začetnem stanju opitosti postanejo nekateri ljudje bolj zgovorni, šaljivi, drugi se umaknejo in umolknejo, tretji postanejo razdražljivi in bojeviti;
- 1 ‰ – hoteni gibi postanejo grobi in nerodni, moteno je ravnotežje, govor se zatika, sposobnost spominjanja in presojanja upada;

- 2 ‰ – sposobnost hotenih gibov je močno omejena, hoja komaj možna, govor je moten, prihaja do motenj čustvovanja – slabo kontroliranega in pretiranega smeha in joka ali pa smeh in jok ob neustreznih priložnostih. Kažejo se prvi znaki zastrupitve;
- 3 ‰ – človek postane zmeden in lahko pade v globok spanec, iz katerega ga lahko zbudimo le z največjo težavo, pa še takrat največkrat le momlja v odgovor;
- 4–5 ‰ – človek je v komi. Pri še višjih koncentracijah alkohola v krvi odpove možganski center, ki uravnava dihanje in bitje srca, nastopi smrt. Ta lahko nastopi tudi zaradi zadušitve z izbljuvki, če človek bruha.

Alkohol je zelo učinkovita psihoaktivna snov, ki najizraziteje deluje na možgane. Človeški možgani so najbolj kompleksen organ v telesu, sestavljen iz milijard drobnih celic (po ocenah nekaterih strokovnjakov do 300 milijard), ki pa se neposredno ne stikajo. Živčni končiči se le približajo drug drugemu v stičiščih (sinapsah), kjer za prenos vzdraženja z ene živčne celice na drugo poskrbijo prenašalci (nevrotransmiterji), ki jih je več sto. Alkohol vpliva na membrano živčnih celic tako, da moti izmenjavo snovi med notranjostjo in zunanjostjo živčne celice ter moti delovanje prenašalcev vzburjenja med živčnimi celicami. Njegov učinek je dvojen: majhne koncentracije delujejo na centralni živčni sistem spodbujajoče, višje zavirajoče. Na prenašalne sisteme v možganih torej večje količine alkohola delujejo tako, da zmanjšajo stimulatorno – spodbujevalno živčno aktivnost in povečajo inhibitorno – zaviralno, kar pomeni, da je njegovo glavno delovanje pomirjevalno. Učinkovanje alkohola se stopnjuje od prvega kozarca, ki povzroči dobro voljo in sproščenost, pa vse do zaspanosti in izgube zavesti. Zmanjšujejo se besedne in nebesedne intelektualne zmožnosti posameznika, starajoči se ali poškodovani možgani pa so za učinke alkohola še bolj občutljivi. Nekateri posamezniki postanejo pod vplivom alkohola napadalni in nasilni, eden od desetih rednih uživalcev alkohola pa postane zasvojen. Nosečnice, ki redno uživajo alkohol, tvegajo, da bodo njihovi otroci imeli možganske okvare in manjši inteligenčni količnik. V Sloveniji je leta 2005 umrlo 500 ljudi zaradi bolezni, ki so povezane z alkoholizmom, od tega okoli 120 zaradi okvar osrednjega živčevja. (Morris, Fillenz 2003: 9)

1.2 NE-ALKOHOLNE PSIHOAKTIVNE SNOVI

Psihoaktivne substance so tiste učinkovine, ki vplivajo na psihične procese pri človeku in spreminjajo njegovo obnašanje. V slovenščini je najpogosteje uporabljen naziv za te snovi *droga*, pogosto tudi *mamilo,* ki pa ni ustrezna beseda, saj vse droge nimajo omamnega učinka. (Kastelic, Mikulan 1999) Uživanje različnih snovi, ki spreminjajo stanje duševnosti, spremlja človeka skozi vso zgodovino. Potreba po omami je del človeškega življenja, ki vodi iz sveta resničnost in privede do neznanih zaznav. Človek vidi in ocenjuje resničnost v omami drugače kot v treznem stanju.

Pomirjevala, poživila, uspavala in drugi »strupi«, s skupnim imenom droge, so imeli v zgodovini pomemben vpliv na razvoj medicine, religije, morale, ekonomije in tudi na same mehanizme političnega nadzora. Uporabljale so jih vse skupine ljudi, ne glede na spol, starost in socialni položaj (Kvaternik Jenko 2006). Flaker (2002: 42) pravi, da so droge novodoben pojav industrijske družbe in da se načini proizvodnje, distribucije in regulacije, ter njihovo mesto v vsakdanjem življenju, bistveno razlikujejo od tistih v tradicionalnih družbah. To velja tako za legalne, kot za ilegalne droge. Tako so na primer šamanizem in doživetja ekstaze kot njegov cilj, v mnogih različicah poznali na vseh celinah. To stanje naj bi zabrisalo meje tako med spanjem in budnostjo kot med življenjem in smrtjo. Učinki psihoaktivnih snovi so bili most med običajnim in nenavadnim. Magijski elementi so tako lahko na eni strani služili religioznim obredom in na drugi terapiji.

Da so opij in mak uporabljali hudo bolni v samomorilne namene, je ugotoviti že iz spomenikov starih civilizacij. Tako na sumerskih glinastih ploščicah (4.000–3.000 pr. n. št.) omenjajo mak, drugod pa najdemo recepte za zdravila iz različnih rastlin, ki imajo značaj drog. (Turčin 1995) Stare kitajske knjige opisujejo opijum kot narkotik že leta 2.500 pr. n. št., hindujske svete knjige pišejo o tako imenovanih svetih rastlinah, ki so jih uporabljali ob molitvah in obredih, na egipčanskih papirusih so zapisi o mnogih drogah, Inki in Indijanci pa so uporabljali nekatere rastline in gobe kot halucinogene snovi. Skoraj vsaka civilizacija je uporabljala kakšno drogo. Medtem ko je bila v Evropi najbolj razširjena droga alkohol, so imela tudi druga geografska območja »svoje« droge. Uporaba opija je bila v glavnem razširjena v vzhodni Aziji in na Bližnjem vzhodu, Azijo ter severno in srednjo Afriko je zaznamoval kanabis, nekatere južno ameriške dežele žvečenje listja koke, srednjo in južni del severne Amerike pa uživanje halucinogenih gob in kaktusa peyotla, ki vsebuje meskalin kot

aktivno substanco. Zaradi mnogih družbenokulturnih, gospodarskih in tranzicijskih sprememb je bliskovito širjenje zlorabe drog značilno za obdobje po drugi svetovni vojni. Nabava drog je postala relativno lahka ob neznatno obveščeni javnosti o škodljivih učinkih in nevarnosti zasvojenosti.

Če je pojem droga prvotno opredeljeval naravne substance zlasti rastlinskega izvora, kot osnovo za izdelavo zdravil, se je v kasnejšem obdobju začel omejevati na opojne droge in druge snovi, ki vplivajo na centralni živčni sistem in niso več nujno naravnega izvora, temveč so lahko tudi sintetično izdelane snovi. Mednje sodijo tudi zdravila, katerih zlorabe so zelo pogoste. Tudi heroin, kokain, amfetamine in številne halucinogene droge so spočetka uporabljali v medicinske namene. (Kvaternik Jenko 2006)

V diferencirani družbi – kulturi so se spremenile funkcija, status in vrsta uporabljanih drog. V tradicionalnih skupnostih so bile droge vtkane v vsakdanje življenje skupnosti in pomemben pripomoček pri izvajanju ritualov. Nadzirali in uporabljali so jih posamezniki, ki so v skupnostih igrali pomembno vlogo (poglavarji, šamani). V sodobni družbi je uporaba drog del subkulturnih praks. (Kvaternik Jenko 2006)

Droge s svojimi specifičnimi lastnostmi spremljajo človeka skozi vso zgodovino. Bile so in bodo, človek pa je tisti, ki jih bo ali ne bo užival. Da bi ukrepe proti njihovi zlorabi utirili na pravo pot, teh dejstev ne smemo spregledati. Z ustrezno preventivo lahko vplivamo na človeka, njegovo razmišljanje in vedenje, nikakor pa ne na substanco in njene kemične lastnosti. Tudi v boju za večjo varnost na cesti se moramo tega ves čas zavedati.

V literaturi je zaslediti različno delitev drog in ena izmed njih je delitev na dovoljene oziroma legalizirane in nedovoljene, prepovedane. Kvaternik Jenkova (2006: 31) meni, da je razloge za tovrstno delitev mogoče iskati v krščanstvu, ki nekako prepove užitek. Edina dovoljena droga ostane alkohol, zlasti vino, ki se ga uporablja v obredne namene. Zanimivo je pojmovanje drog v islamu, ki prepoveduje pitje alkohola, ne pa uporabe drugih drog. Drug način delitve nealkoholnih drog je sledeči:

- depresorji (pomirjevala in uspavala),
- stimulansi (poživila),
- halucinogeni (psihedelične in halucinogene snovi),
- drugo (kanabis …).

1.2.1 Vpliv ne-alkoholnih PAS na psihofizične sposobnosti človeka

Depresorji: povzročajo vedenjsko depresijo, ki se kaže kot pomirjenost, zaspanost ali splošna omrtvičenost, v skrajnem primeru lahko nastopi tudi koma ali smrt. Mednje spadajo narkotiki, sedativi in analgetiki, ki se uporabljajo kot pomirjevala, tako naravni kot sintetični. V prvi vrsti v to skupino sodijo opijati – derivati opija: morfij, heroin, kodein, poleg teh pa še barbiturati in benzodiazepini.

Opiati (morfij, kodein, heroin, metadon, paracetamol): za kratek čas stimulirajo možgane, nato pa hitro oslabijo delovanje centralnega živčnega sistema. Uporabnik začuti val ugodja takoj po vbrizgu, oziroma zaužitju, ki mu sledi evforično stanje, občutek izpolnjenosti, zadovoljenosti. Začetni stranski učinki so lahko nemir, slabost ali bruhanje. Uporabnik lebdi pri manjših količinah med budnostjo in dremavico, pri večjih oslabi dihanje, pri prevelikem odmerku pa lahko pride do odpovedi dihalnega centra, ki se konča s smrtjo. Za dolgotrajno uporabo je značilen pojav tolerance za mnoge želene učinke. V glavnem se opiati kot zdravila predpisujejo za lajšanje bolečin, pa tudi proti driski in kašlju.

Delovanje opiatov: v osrednjem živčevju (možgani in hrbtenjača) so posamezna področja celic, ki so v tesni povezavi z zaznavanjem bolečine. Opiati učinkujejo na živčne celice, ki za prenašalce – nevrotransmitorje, uporabljajo endrofine. Bolečina se začne blažiti, ko lahko telesu lastna snov (endrofin) ali telesu tuja snov, kot sta morfin ali heroin, nevtralizira takšna področja – snovi ki delujejo tako kot endrofini, so zelo učinkovita protibolečinska zdravila z veliko zasvojitveno zmožnostjo.

Heroin se izdeluje iz morfina s preprostim kemijskim postopkom, je pa pet- do desetkrat močnejši blažilec bolečine in hitreje povzroči odvisnost. Odtegnitvene težave se pojavijo že po enem ali dveh tednih rednega uživanja in sicer se začne odtegnitvena kriza osem do dvanajst ur po zadnjem odmerku. (Auer 2001)

Metadon je morfiju podobna snov, ki blaži bolečine ter pomirja in se lahko jemlje v obliki tablet. Odpravlja odtegnitveno krizo po uživanju opiatov, hkrati pa pri dolgotrajnem uživanju sam povzroča odvisnost. Uporablja se kot nadomestek za heroin v okviru »metadonskega programa«.

Barbiturati – zdravila, ki pri manjših zaužitih količinah povzročijo pomirjenost in mišično sprostitev, večje količine pa v mirnem okolju običajno povzročijo zaspanost, v družbi pa občutek pijanosti. Velike količine povzročijo nezavest, lahko celo smrt zaradi odpovedi dihalnega centra. Predpisujejo jih proti anksioznosti, nespečnosti ali za pomiritev. Pri dolgotrajnem jemanju se lahko pojavi zelo močna psihična odvisnost. Za učinke, ki povzročajo zaspanost in omamljenost, se pri pogosti uporabi pojavi tudi toleranca.

Benzodiazepini, imenovani tudi *blažja pomirjevala*: učinki so podobni kot pri barbituratih, le predoziranje je manj usodno. Ljudje pogosto posegajo po njih, ko so razburjeni, se hočejo pomiriti ali zaspati. V kombinaciji z alkoholom povzročijo depresijo dihanja in oslabijo vizualno-motorične sposobnosti.

Stimulansi: v to skupino spadajo droge, ki na živčni sistem učinkujejo poživljajoče – ga stimulirajo, zato jih imenujejo tudi poživila. Povzročajo večjo budnost, bistrost, pozornost in vlivajo občutek lažjega mišljenja. Mednje spadajo: kokain, amfetamini, metamfetamini in fenmetrazin.

Amfetamini: so prvotno zdravila, ki se predpisujejo ob pretirani zaspanosti in letargiji (dremavici), pri zdravljenju blažjih oblik epilepsije in hiperaktivnosti pri otrocih (na hiperaktivne otroke delujejo pomirjevalno, ne stimulativno). Med amfetamine spadata tudi *speed* in *ekstazi.* Manjše količine povzročijo zmanjšanje teka, pospešeno dihanje, pospešen srčni utrip, povišan krvni tlak in razširjene zenice. Značilne so spremembe vedenja, in sicer je uporabnik poln energije, dobre volje, lahko celo evforičen, sposoben daljše koncentracije, bolj samozavesten in komunikativen. Pri zaužitju večjih količin se pojavi vročina, potenje, glavobol, zamegljen vid, vrtoglavica in suha usta. Uporabnik je zgovoren, nemiren, razdražljiv ali celo agresiven. Redni uživalci so nagnjeni k nenadnim, neracionalnim, nasilnim dejanjem. Kratkotrajni učinki trajajo štiri do osem ur, ob dolgotrajnejši uporabi pa se okrepijo in lahko odrazijo kot amfetaminska psihoza s halucinacijami, huda anksioznost, preganjavica, spontana nasilnost ali depresija. Njihova raba je razširjena v vseh socialno-ekonomskih slojih.

Amfetamini so sintetične snovi, ki povzročajo sproščanje dveh prenašalcev v osrednjem živčevju (Morris, Fillenz 2003: 10), in sicer dopamina, zaradi katerega se poveča budnost in

izrazit občutek ugodja, in serotonina, ki prav tako vpliva na dobro počutje, povzroči pa tudi sanjam podobno stanje s halucinacijami.

Kokain: alkaloid, pridobljen iz listov južnoameriške rastline koke. Delovati začne takoj po zaužitju in deluje kratkotrajno, od 10 do 60 minut. Kokain v manjših odmerkih običajno izboljša razpoloženje, poveča občutek ugodja, daje energijo in poveča budnost. Posameznik je zgovoren, izostrenega duha in čutnih zaznav, zlasti vida, sluha in tipa. Poleg tega se lahko začasno zmanjša potreba po hrani in spanju. Pri večjih odmerkih, še posebno pri intravenoznem vnosu ali kajenju, kjer pride kokain hitreje v možgane, povzroča močno evforijo, ki pa je lahko povezana z nedoločenim strahom. Pri še večjih odmerkih pride do stanja vedno večje razdražljivosti, nemira in paranoje. Vse to ima lahko za posledico paranoično psihozo, med katero posameznik izgubi stik z resničnostjo in ima halucinacije. (Urad za droge RS 2006) Znaki akutne zastrupitve so glavobol, nepovezano govorjenje, bruhanje, dušenje, halucinacije in nenadno agresivno vedenje. Lahko se pojavi še tresenje, tiki in epileptični krči. Prevelika količina povzroči smrt. Pri dolgotrajnem uživanju evforijo nadomesti nemir, močna razdražljivost, nespečnost, paranoja in psihoza s halucinacijami. Tudi kokain deluje na osrednje živčevje podobno kot amfetamini in povzroča, da se v možganih povečata količini dopamina in serotonina.

Razširjenost in vzorci uživanja so od države do države različni, razlike pa se odražajo tudi v značilnostih samih uživalcev kokaina, ki spadajo v vse družbene sloje, od najbolj priviligiranih do najbolj obrobnih članov družbe. Na splošno je kokain za marihuano druga najpogosteje uživana prepovedana droga v Evropi. (Letno poročilo 2008)

Halucinogeni: v to skupino spadajo snovi, katerih glavni učinek je povzročanje halucinacij. Imenujejo jih tudi *psihadeliki,* ker lahko poleg omenjenih motenj zaznav povzročijo tudi nenavadno razširitev zavesti in izgubo stika z realnostjo. V svetu je znanih več kot 100 naravnih in umetnih halucinogenov. Najbolj znani naravni so: psilocibin (gobe), meskalin (vrsta kaktusa), ibogain, dimetiltriptamin. Najbolj znani sintetični halucinogen je dietilamid lisergične kisline – LSD. (Auer 2001)

Meskalin: pridobivajo ga iz kaktusa, imenovanega Peyotl. Kratkotrajni učinki trajajo do 12 ur, kažejo pa se v razširjenih zenicah, povišanem krvnem tlaku, pospešenem srčnem utripu in

povišani telesni temperaturi. Povečane so vedenjske aktivnosti, podobno kot pri amfetaminih, pojavljajo pa se tudi vizualne halucinacije. Kot dolgotrajni učinek se lahko pojavijo tako imenovana »flashback« doživetja (nepredvidljivo, kratko in spontano podoživljanje prejšnjih doživetij) ali psihotične reakcije, toleranca in abstinenčna kriza pa nista problematični. (Barber 1997) Podobno učinkuje tudi *Datura,* imenovana hudičeva trobenta.

LSD: je umetno izdelana snov, ki se v spremenjeni obliki nahaja tudi v naravi (rženi rožički) in je najmočnejši halucinogen, ki učinkuje že v milijoninkah grama. (Auer 2001: 48) Z osnovno substanco LSD-ja se je človek nevede srečal že pred stoletji, saj se nahaja v glivicah, ki parazitirajo v žitu in v srednjem veku so bile znane masovne zastrupitve s temi snovmi. Leta 1949 pa je farmacevtska firma Sandoz dala na tržišče umetno izdelano snov LSD. Po nekaj letih uporabe je prišlo do spoznanja o nevarnosti halucinogenov in množila so se poročila o grozavih stanjih in psihozah, ki jih lahko sprožijo. Leta 1966 so proizvodnjo LSD ustavili, naslednje leto pa so LSD prepovedali. (Auer 2001: 48) Ne glede na prepoved je med mladimi še vedno priljubljen, zlasti v povezavi s tehnosceno in ekstazijem ter drugimi stimulansi.

LSD začne po zaužitju hitro delovati in učinek traja do 12 ur. Povzroči izredne psihološke spremembe že pri zelo majhnih količinah. Pojavijo se spremembe v dojemanju, mišljenju in razpoloženju. Značilno je naglo prehajanje od enega do drugega razpoloženja, pojavijo se halucinacije in uživalci imajo včasih občutek, da njihov duh lebdi nad telesom. Omejena je sposobnost ločevanja meje med različnimi predmeti, doživljanje pa je lahko prijetno ali grozljivo. Med neobičajno potekajočimi stanji omame je najbolj znana tako imenovana »bad trip« (Täschner 2002: 46), ko pride do zastrašujočih sprememb v doživljanju, nemira in notranjega razburjenja, lahko do hudega strahu in želje po samouničenju oziroma misli na samomor. Posledica teh strašnih doživetij in želja po pobegu od njih lahko privedeta do napačnega vedenja. Posebna nevarnost pogostega uživanja LSD-ja je nastanek shizofreniji podobnih psihoz. Podobna stanja lahko povzročajo tudi kanabis, kokain in amfetamini. Fiziološke spremembe uživalcev LSD-ja so minimalne. Težko ga je odkriti v urinu ali posumiti na njegovo jemanje s pregledom, saj je opaziti le nekoliko razširjene zenice.

Kombinirane droge: med njimi je najbolj priljubljen *Ekstazi*, ki je derivat amfetamina. Sintetizirali so ga že leta 1912 kot sredstvo proti apetitu (Auer 2001: 44), vendar v širšo rabo ni prišel. V šestdesetih letih 20. stoletja se je pogosto uporabljal v psihoterapevtskih krogih,

kasneje tudi izven njih, leta 1986 pa so ga v ZDA zaradi škodljivih učinkov prepovedali. Kljub temu se je prav v tem obdobju njegova raba močno razširila po vsej Evropi. Auer (2001) navaja, da je za marihuano druga najpogosteje zlorabljena droga in značilnost tablet ekstazija je, da uživalci nikoli ne poznajo njihove dejanske sestave.

Ekstazi začne učinkovati po 20 do 40 minutah po zaužitju in učinek traja 4 do 6 ur. V manjših količinah dviga razpoloženje in daje energijo, v višjih pa povzroča tudi halucinacije, vendar je učinek blažji kot pri amfetaminih ali LSD-ju. Uživalci cenijo zlasti večjo komunikativnost, občutek zlitosti z drugimi ter globlje doživljanje glasbe in vidnih vtisov ter nemir, ki se na zunaj kaže kot potreba po gibanju. Ob povečanem občutenju zunanjih dražljajev se zmanjša sposobnost zaznavanja lastnega telesa. Dolgotrajna raba ta občutek zmanjša ali izniči. Kot pri vseh drogah, ki povzročajo halucinacije, se tudi pri uživanju ekstazija lahko pojavi »bad trip«. Med možne stranske učinke sodijo suha usta, krči obraznih mišic, nemir, nespečnost, potenje, pospešen srčni utrip, zvišan tlak in telesna temperatura. To lahko privede do smrtno nevarnega pregretja in dehidracije z odpovedjo ledvic (»rave« plesalci v prenapolnjenih dvoranah). Pri zastrupitvi se lahko pojavi ohromitev, krči, nezavest in odpoved srca.

Ekstazi sprošča serotonin in v manjši meri tudi dopamin ter noradrenalin v medcelične stike ter, podobno kot antidepresivi, preprečuje ponovni prevzem teh transmiterjev v živčne končiče; zato jih je več na voljo za prenos impulzov med celicami in tako se poveča aktivnost centralnega živčnega sistema. (Auer 2001)

Drugo: *kanabis* in *hlapila* težko uvrstimo v katero drugih skupin, zato jih strokovnjaki običajno obravnavajo ločeno.

Kanabis: Ob tobaku in alkoholu je najmočneje razširjena droga. Cannabis sativa ali po naše konoplja je surovina za pridobivanje marihuane in hašiša. Snov, ki jima daje lastnost droge, je tetrahydrocannabinol (THC), njegova količina pa je odvisna od podnebja, kjer rastlina raste.

Uživanje kanabisa je vedno namenjeno spremembi lastnega razpoloženja oziroma omami, saj se dobra volja pojavi že nekaj minut po kajenju in doseže vrhunec v približno pol ure. Delovanje poneha po dveh do štirih urah, nekateri učinki pa lahko trajajo tudi dlje. Učinek na posameznika je odvisen od njegovega trenutnega razpoloženja, pričakovanj ter preteklih izkušenj. Če je razpoloženje pred kajenjem tesnobno ali depresivno, se lahko poglobi vse do

paničnih reakcij zaradi občutka, da ga preganjajo ali zaradi blokade misli. Pod vplivom kanabisa so močnejše vidne in slušne zaznave, telo se zdi lahkotno, pogosti so napadi smeha brez zunanjega povoda, razmišljanje izgubi kontinuiteto, pojavijo se motnje kratkotrajnega spomina in pozornosti. Pogoste so iluzije in bežne halucinacije, spremeni se občutek za barvo, zvoke, prostor, čas in presojanje razdalje. Kanabis lahko sproži ali pospeši primarno psihozo, pogostejše pa so prehodne preganjalne ideje. Povzroči lahko akutno zastrupitev, zlasti pri neizkušenih uporabnikih, medtem ko dolgotrajno uživanje pušča tudi telesne posledice. (Auer 2001) Kadilci kanabisa pogosteje zbolijo zaradi bolezni dihal in tveganje za nastanek pljučnega raka je večje kot pri ostalih kadilcih.

Kanabis deluje na del osrednjega živčevja, ki za prenašalce uporablja kanabisu sorodne molekule. Ta del možganov nadzoruje mišice in uravnava občutljivost za bolečino. (Nevroznanost 2003: 10)

Hlapila: hlapljivi ogljikovodiki, ki se nahajajo v različnih topilih, razredčilih, lepilih, bencinu idr., povzročajo evforično stanje. Kaže se lahko kot lahkomiselnost, prijetna veselost, žive fantazije, navdušenost. Pogosto se po njuhanju pojavi slabost, povečano slinjenje, kihanje, kašljanje, mišična neusklajenost, oslabijo refleksi in občutljivost na svetlobo. Učinki trajajo do 12 ur, pogosti pa so tudi smrtni primeri zaradi ustavitve srca ali zadušitve. Dolgotrajno uživanje vodi do zmanjšanja telesne teže, krvavenja iz nosu, podplutih oči, bolečin v nosu in ustih, pogosto celo do nepopravljivih poškodb kostnega mozga, ledvic, jeter in možganov. (Barber 1997)

Čeprav med vsemi PAS, ki jih človek v današnjem času zlorablja, in ki ga vodijo v zasvojenost, še vedno prevladuje alkohol, si ne moremo zatiskati oči pred dejstvom, da je v občutnem porastu raba in zloraba mnogih drugih PAS. Poznavanje njihovih lastnosti nam omogoča najti povezavo med učinki teh snovi na psihofizične sposobnosti človeka ter njegovim varnim oziroma ne-varnim ravnanjem. Če hočemo utemeljiti nevarnost vožnje pod vplivom PAS, moramo nujno poznati širok spekter negativnih učinkov teh snovi na človekovo sposobnost zaznavanja in reagiranja.

1.3 VOŽNJA

Vožnja je neprekinjena, kompleksna, zaznavno motorična veščina. Kot veščina oziroma spretnost je opredeljena, ker gre za nalogo z nekim namenom – za nalogo usmerjeno k specifičnemu cilju, ki se je je treba učiti. Je motorična veščina, pri kateri je pomembna kakovost gibanja, hkrati pa je kognitivna veščina, saj so za uspešno vožnjo zelo pomembne tudi odločitve o izbiri ustreznega gibanja, ki temeljijo na zaznavi. (Schmidt 1991)

Na učinkovitost upravljanja vozila torej vplivajo motorične in kognitivne (senzorične in psihološke) sposobnosti in lastnosti posameznika. Osnovna sposobnost, ki jo potrebuje voznik, je koordinacija. Zanjo je ključno natančno, pravočasno, ritmično in usklajeno premikanje udov tako, kot zahteva motorična naloga. (Uršaj 1996; po Bilban 2005)

Izjemen razvoj na področju avtomobilov in drugih prevoznih sredstev je, poleg prednosti, sodobni civilizaciji prinesel tudi mnogo problemov. Na eni strani omogoča veliko mobilnost, na drugi pa s tem povezano veliko število poškodovanih ali mrtvih udeležencev prometa.

Vedenje v prometu je odvisno od vrste dejavnikov: od stališč posameznika in družbe do določenega problema, norm skupine, ki ji pripada, do motivov, ki ga vodijo v prometu, pravnih norm in nazadnje od tehničnih pogojev, kot so cesta, vozilo in prometno okolje. (Žlender 2007) V grobem bi torej te dejavnike lahko razdelili na vozila, cesto in okolico ter uporabnike ceste.

Na podlagi raziskav, ki so obravnavale medsebojna razmerja med dejavniki in njihovim vplivom na nastanek prometnih nesreč,[1] je bilo ugotovljeno, da je človek kot udeleženec v prometu najpomembnejši dejavnik. Najpogosteje je prav od njegovega ravnanja odvisno, ali bo prišlo do nesreče. V prizadevanjih za njihovo učinkovito preprečevanje je nujno upoštevati celovitost dogajanja v prometu in preplet vseh dejavnikov. Strokovnjaki »človeške dejavnike« delijo na neposredne (zaradi katerih neposredno pride do prometne nesreče) in posredne. Posredni so tista stanja ali pogoji, ki neugodno vplivajo na voznikovo zmožnost za varno vožnjo in so razdeljeni na:

[1] Prometna nesreča (ZVCP 2005) je tista nesreča, v kateri je bilo udeleženo, na javni cesti ali drugi prometni površini, vsaj eno vozilo v gibanju in v kateri je ena ali več oseb izgubilo življenje oziroma je bila ena ali več oseb poškodovanih, ali pa je nastala materialna škoda.

- fizična in fiziološka stanja (npr. alkoholiziranost ali drogiranost, utrujenost, kronične bolezni, fizične prizadetosti);
- duševna ali čustvena stanja (npr. vznemirjenje, pritisk drugih voznikov, naglica, duševna prizadetost, alkoholizem, osebnostna motenost);
- pomanjkanje izkušenj (npr. neizkušenost voznika, neznano vozilo, preveč ali premalo znana cesta ipd.).

Omenjeni dejavniki ne bodo neposredno povzročili prometne nesreče, bodo pa vozniki pod njihovim vplivom manj učinkoviti. (Bilban, Jakopič 1997)

Žlender (2007) pravi, da je stroškovno najučinkovitejši ukrep za povečanje varnosti v cestnem prometu sprememba zakonodaje in njeno izvajanje. Poleg višjih kazni, nadzora in izrekanja kazni za kršitelje omejitev hitrosti in obvezne uporabe varnostnih pasov so prav nedovoljene koncentracije alkohola ter drugih psihoaktivnih snovi tisti ukrepi, ki so se v mnogih državah že izkazali kot učinkoviti.

1.3.1 Veljavna zakonodaja

Prometna varnost je ena od temeljnih kakovosti prometnega sistema. Vsak udeleženec v prometu ali uporabnik prometne storitve želi imeti tak sistem, ki zadovoljuje njegove potrebe in pričakovanja. V tem pomenu je varen cestni promet tudi odgovornost države, […]. Od stopnje varnosti cestnega prometa je odvisna kakovost življenja vseh državljank in državljanov. (UL RS 2/2007)

V slovenski zakonodaji varnost cestnega prometa urejajo:

- Zakon o varnosti cestnega prometa – ZVCP-1,
- Resolucija o nacionalnem programu varnosti cestnega prometa za obdobje 2007–2011 (Skupaj za večjo varnost) (ReNPVCP),

poleg teh pa še drugi pravilniki in podzakonski akti.

Zakon o varnosti cestnega prometa – ZVCP-1

ZVCP-1 je bil sprejet leta 2004 (Ur. list RS, 83/2004), do danes pa je bil deležen že precej sprememb in dopolnitev. Ureja pravila in pogoje za udeležbo v cestnem prometu na področju Republike Slovenije. Osmo poglavje tega zakona se nanaša na psihofizično stanje udeležencev cestnega prometa, in sicer se 129. in 130. člen nanašata na alkohol, 131. člen na mamila, psihoaktivna zdravila in druge psihoaktivne snovi, 132. člen ureja preverjanje psihofizičnega stanja voznikov, 133. člen pa se nanaša na strokovni pregled psihofizičnih sposobnosti voznikov.

129. člen se neposredno nanaša na vožnjo pod vplivom alkohola in se glasi:

(1) Voznik ne sme voziti vozila v cestnem prometu, niti ga začeti voziti, če je pod vplivom alkohola. Učitelj vožnje […] ne sme spremljati voznika, če je pod vplivom alkohola.

(2) Pod vplivom alkohola je voznik, učitelj vožnje oziroma spremljevalec, ki ima v organizmu več alkohola, kot dovoljuje ta zakon, in voznik, ki tudi pri manjši koncentraciji alkohola kaže znake motenj v vedenju, katerih posledica je lahko nezanesljivo ravnanje v cestnem prometu.

(3) Količina alkohola v organizmu je določena s koncentracijo alkohola v krvi ali tej ustrezno koncentracijo alkohola v izdihanem zraku.

(4) Ali je voznik, učitelj vožnje ali spremljevalec pod vplivom alkohola, se ugotavlja s sredstvi, napravami ali strokovnim pregledom.

130. člen v 1. odstavku našteva osebe, ki v cestnem prometu ne smejo imeti alkohola v organizmu, 2. odstavek pa se glasi:

(2) Drugi vozniki imajo lahko največ do vključno 0,50 grama alkohola na kilogram krvi ali do vključno 0,24 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka, pod pogojem, da tudi pri nižji koncentraciji alkohola ne kažejo znakov motenj v vedenju, katerih posledica je lahko nezanesljivo ravnanje v cestnem prometu.

3. odstavek 130. člena določa kazni za prekrške za voznike, ki ravnajo v nasprotju s prvim odstavkom tega člena. Določena je višina globe (od 150 do 800 evrov) in število kazenskih točk (od 3 do 10), glede na koncentracijo alkohola (od 0,50 ‰ do 1,10 ‰).

4. odstavek 130. člena pa določa kazni za prekršek za voznike, ki ravnajo v nasprotju z drugim odstavkom tega člena. Prav tako kot prejšnji odstavek določa višino globe (od 180 do 950 evrov) in število kazenskih točk (od 3 do 10), glede na koncentracijo alkohola (od 0,50 ‰ do več kot 1,10 ‰).

5. odstavek 130. člena se glasi:

(5) Vozniku, učitelju vožnje in spremljevalcu iz tretjega odstavka in vozniku iz četrtega odstavka tega člena, ki ima več kot 1,5 grama alkohola na kilogram krvi ali več kot 0,71 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka, se poleg globe izreče tudi 18 kazenskih točk.

131. člen se glasi:

(1) Voznik ne sme voziti vozila v cestnem prometu, niti ga začeti voziti, če je pod vplivom mamil, psihoaktivnih zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi, ki zmanjšujejo njegovo sposobnost za vožnjo. Učitelj vožnje ne sme usposabljati […] in spremljevalec ne sme spremljati voznika, če je pod vplivom […].

(2) Pod vplivom snovi iz prejšnjega odstavka je voznik, učitelj vožnje oziroma spremljevalec, pri katerem se s posebnimi sredstvi, napravami ali s strokovnim pregledom ugotovi, prisotnost takih snovi v organizmu.

(3) Z globo najmanj 950 evrov se kaznuje za prekršek voznik, učitelj vožnje ali spremljevalec, ki ravna v nasprotju s prvim odstavkom tega člena. Vozniku motornega vozila se izreče 10 kazenskih točk in prepoved vožnje motornega vozila.

132. člen določa, v katerih primerih sme policist preverjati psihofizično stanje voznika, na kakšen način, kdaj sme odrediti strokovni pregled in kdaj prepovedati nadaljnjo vožnjo oziroma odvzeti vozniško dovoljenje.

133. člen določa, kdo, na kakšen način, v katerih primerih in v kolikšnem času opravi strokovni pregled voznika, učitelja vožnje oziroma spremljevalca, po odredbi policista.

Posebno poglavje ZVCP-1 ureja področje zdravstvenih pregledov voznikov, vse do izdaje zdravniških spričeval, vključno s kontrolnimi zdravstvenimi pregledi ter odvzemom in omejitvijo vozniškega dovoljenja iz zdravstvenih razlogov. Namen zdravstvenih pregledov je, izločiti iz populacije voznikov tiste, ki zaradi telesne ali duševne nezmožnosti niso sposobni upravljati z motornimi vozili.

Na podlagi 182. člena Zakona o varnosti cestnega prometa je novembra 2006 Ministrstvo za zdravje v soglasju z Ministrstvom za notranje zadeve izdalo

Pravilnik o zdravstvenih pogojih voznikov motornih vozil.

Ta pravilnik določa:

- pogoje, ki jih morajo izpolnjevati javni zdravstveni zavodi in druge fizične in pravne osebe, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, pooblaščeni za izvajanje zdravstvenih pregledov po tem pravilniku;
- obseg zdravstvenih pregledov, ki jih morajo opravljati kandidati za voznike motornih vozil;
- obseg zdravstvenih pregledov po prenehanju veljavnosti vozniškega dovoljenja;
- merila za oceno o telesnih in duševni zmožnosti za vožnjo motornih vozil;
- način in postopek izdajanja zdravniških spričeval.

Merila za ugotavljanje telesne in duševne zmožnosti za kandidate in voznike motornih vozil določajo:

»Za telesno in duševno zmožnega se šteje kandidat za voznika oziroma voznik, za katerega se z zdravstvenim pregledom ugotovi, da njegovo zdravstveno stanje ustreza oziroma da njegove z zdravstvenim pregledom ugotovljene okvare oziroma zdravstveno stanje ni slabše od minimalnih meril, ki so po posameznih sklopih določeni v prilogi.«

Minimalna merila, ki se nanašajo na alkohol, so sledeča:

- znaki škodljive rabe oziroma škodljivega uživanja, pod pogojem, da je zdravnik ustrezne specialnosti na kontrolnem pregledu 12 mesecev po koncu škodljivega uživanja ugotovil zmožnost varne vožnje motornega vozila;
- ozdravljen sindrom odvisnosti od alkohola, brez psihičnih in nevroloških komplikacij, navedenih na drugih mestih te priloge, pod pogojem, da je zmožnost za vožnjo motornega

vozila ugotovil zdravnik ustrezne specialnosti na kontrolnih pregledih vsake 6 do 12 mesecev do preteka dveh let po zaključku uspešnega zdravljenja.

Na droge in zdravila pa se nanašajo naslednja minimalna merila:

- bivši uživalec prepovedane droge pod pogojem, da zdravnik ustrezne specialnosti na kontrolnem pregledu 12 mesecev po prenehanju škodljive rabe ugotovi zmožnost za vožnjo motornega vozila;
- uspešno ozdravljen sindrom odvisnosti od drog in zdravil pod pogojem, da je zmožnost za vožnjo motornega vozila ugotovil zdravnik ustrezne specialnosti na kontrolnih pregledih vsake 6 do 12 mesecev do preteka štirih let po zaključku uspešnega zdravljenja.

Resolucija o nacionalnem programu varnosti cestnega prometa za obdobje 2007–2011

Nacionalni program varnosti v cestnem prometu opredeljuje dolgoročne procese in rešitve, ki temeljijo tudi na znanstvenem in interdisciplinarnem delu, dognanjih in ugotovitvah prometnovarnostne stroke.

Resolucija je podnaslovljena z »Skupaj za večjo varnost« in poudarja, da je zagotavljanje večje varnosti v prometu mogoče le s spodbujanjem vseh udeležencev k odgovornejšemu vedenju, spoštovanju predpisov in oblikovanju zavesti o pomenu prometne varnosti. Pri tem vsak posameznik nosi svoj del odgovornosti, toda zastavljene cilje do leta 2011 bo mogoče doseči le s skupnim prizadevanjem.

Nacionalni program temelji na treh skupnih načelih:

- načelu zaupanja, ki zavezuje upravljavce cest k upoštevanju normativne ureditve, *udeležence* cestnega prometa pa k upoštevanju prometnih pravil;
- načelu defenzivnega ravnanja, ki obvezuje udeležence cestnega prometa k pravilnemu, zakonitemu in premišljenemu ravnanju;
- načelu zaščite varnostno najbolj izpostavljene kategorije udeležencev cestnega prometa, to je pešcev, kolesarjev, motoristov, mladih voznikov, otrok in drugih šibkejših udeležencev.

Eden izmed ciljev nacionalnega programa se glasi: »Z vzgojo, izobraževanjem ter preventivnimi in represivnimi ukrepi spremeniti slabe načine vedenja v prometu.«

Podlaga za sprejem nacionalnega programa, ki za obdobje petih let določa prednostne naloge in cilje za zagotovitev večje varnosti cestnega prometa, je bil 17. člen Zakona o varnosti cestnega prometa. Pri pripravi nacionalnega programa je bil upoštevan tudi Evropski akcijski program za varnost v cestnem prometu, ki spodbuja države k sprejetju strogih ukrepov na evropski, pa tudi državni ravni. Z njimi naj bi reševale problem varnosti v cestnem prometu. Cilj tega programa je, da se v prostoru Evropske unije ohrani 25.000 življenj na leto do leta 2010.

Cestni promet je izredno zapleten sistem, v katerem bo potrebno za zmanjšanje števila mrtvih in hudo poškodovanih, z različnimi ukrepi preprečiti človekove napake in zmanjšati njihovo težo. Nacionalni program ukrepe za dosego ciljev deli na štiri glavna področja, in sicer:

- človekovo ravnanje,
- prometno okolje,
- vozila,
- institucionalno področje.

Najšibkejši člen v prometnem sistemu je človek, saj prav njegove napake ali zavestne kršitve pravil bistveno prispevajo k nastanku nesreče. Med nujnimi ukrepi za zagotavljanje večje prometne varnosti je v resoluciji navedeno tudi preprečevanje zlorabe alkohola, prepovedanih drog in drugih PAS v prometu. Njihova škodljiva raba sodi med najpogostejše dejavnike tveganja za varnost v cestnem prometu. V Sloveniji je vsak tretji povzročitelj prometne nesreče s smrtnim izidom in vsak četrti povzročitelj nesreče s hudimi telesnimi poškodbami pod vplivom alkohola. Delež alkoholiziranih povzročiteljev nesreč je tako med najvišjimi v Evropi. Povečuje se tudi število ugotovljenih primerov vožnje pod vplivom prepovedanih drog in drugih PAS. Ukrepi v okviru nacionalnega programa naj bi bili usmerjeni predvsem v informiranje, vzgojo in nadzor voznikov motornih vozil ter zmanjševanje dostopnosti alkohola, prepovedanih drog in drugih PAS. Kot konkretni dejavnosti za izvajanje predvidenih ukrepov sta med drugimi navedeni tudi:

- ovrednotenje rehabilitacijskih programov za voznike, ki jim je izrečena stranska sankcija kazenskih točk zaradi vožnje pod vplivom alkohola ali drog, ter
- analiziranje učinkovitosti ukrepa prenehanja veljavnosti vozniškega dovoljenja zaradi vožnje pod vplivom alkohola ali drog.

Prometno varnost ureja vrsta zakonov in podzakonskih aktov, ki morajo biti medsebojno usklajeni in naravnani k povečanju varnosti vseh udeležencev cestnega prometa. Stroške prometnih nesreč običajno sestavljajo stroški medicinskih storitev, izgube ekonomske zmogljivosti, odškodnin za prestane bolečine in trpljenje, materialne škode in stroški zavarovanja, potrebno pa bi bilo upoštevati tudi stroške pri družbeni izgubi na državni ravni.

Ukrep nacionalnega programa za posodabljanje zakonodaje in njeno izvajanje našteva številne dejavnosti. Za področje škodljive rabe alkohola in drugih PAS sta aktualni predvsem naslednji:

- preučiti možnost zakonskega znižanja dovoljene meje alkohola, ki znaša sedaj 0,5 grama na kilogram krvi,
- preučiti možnost uvedbe hujših kazni za kršitelje povratnike, ki jim je izrečena stranska sankcija kazenskih točk.

Od leta 2003 je v Sloveniji v veljavi tudi

Zakon o omejevanju porabe alkohola (ZOPA),

ki določa ukrepe in načine omejevanja porabe alkohola ter ukrepe za preprečevanje škodljivih posledic rabe alkohola. Eden izmed ukrepov, naštetih v 3. členu navedenega zakona, predvideva usklajevanje aktivnosti za čim zgodnejše prepoznavanje oseb, ki imajo težave z alkoholom in njihovo vključevanje v preventivne programe.

Na ravni EU je bila v zadnjih letih izdelana obsežna

Strategija za podporo državam članicam pri zmanjševanju škode zaradi uživanja alkohola.

Iz *Sporočila* Komisije evropskih skupnosti (2006) lahko razberemo, da so prometne nesreče, povezane z uživanjem alkohola, velik razlog za zaskrbljenost. Približno eno od štirih nesreč je mogoče povezati z uživanjem alkohola, v EU pa v prometnih nesrečah zaradi vožnje pod vplivom alkohola vsako leto umre najmanj 10.000 ljudi. Zaradi navedenega sodi zmanjšanje poškodb in števila smrti zaradi prometnih nesreč, povezanih z uživanjem alkohola, med prednostne teme, pomembne za vse države, članice skupnosti. Cilj te naloge je prispevati k zmanjšanju z alkoholom povezanih smrtnih primerov in škode v cestnem prometu. Po podatkih komisije je tveganje za prometne nesreče največje pri mladih med 18 in 24 let. Razlog za 35 % do 45 % smrtnih primerov iz te starostne skupine so prav prometne nesreče. Pri nesrečah zaradi vožnje pod vplivom alkohola je bilo dve tretjini vpletenih starih med 15 in 34 let, med njimi 96 % moških.

Številne študije ugotavljajo, da se tveganje za prometne nesreče pri vožnji pod vplivom alkohola povečuje s koncentracijo alkohola v krvi pri vozniku. Primer učinkovitih nacionalnih politik temelji na uvedbi in izvrševanju pogostih in sistematičnih naključnih testov alkoholiziranosti, ki jih podpirajo kampanje za izobraževanje in osveščanje. Ključ do uspeha je strogo izvajanje in aktivno dvigovanje ravni ozaveščenosti. (Komisija evropskih skupnosti 2006)

1.3.2 Vpliv alkohola na vožnjo

V Sloveniji smo po količini popitega alkohola na prebivalca v samem vrhu med evropskimi državami. Alkohol je prisoten pri vseh dogodkih našega življenja, kar pa se odraža tudi pri vožnji pod njegovim vplivom. V družbi se izredno počasi spreminja odnos vsestranske tolerantnosti in tihega odobravanja takšnega ravnanja. Ostrejši je odziv javnosti le v primerih, ko so pod vplivom alkohola povzročitelji prometnih nesreč. Takrat je žal že prepozno za preprečevanje in lahko govorimo le še o bolj ali manj tragičnih posledicah.

Strokovna literatura, ki obravnava varnost prometa, je zelo obsežna. Številne so tudi raziskave in statistični podatki, ki obravnavajo alkoholiziranost v prometu. S tem področjem se ukvarjajo različne stroke, od medicine, psihologije, prava, sociologije, do ekonomije idr.

Vsaka stroka zajame le bolj ali manj specifičen del problematike, glede na njeno obsežnost pa je nujno sodelovanje vseh.

Ob pogledu na hude posledice prometnih nesreč, v katerih so povzročitelji vozili pod vplivom alkohola, je dejstvo o njegovi škodljivosti več kot zgovorno. Zaskrbljujoči so tudi nekateri drugi podatki, vsakodnevno ugotovljeni na cestah, npr. izjemno visoke koncentracije alkohola pri voznikih, ki nesreče sicer še niso povzročili, predstavljajo pa potencialno grožnjo tako sebi kot drugim. Policisti z alkoholiziranimi vozniki ravnajo v okviru svojih pooblastil, določenih z Zakonom o varnosti cestnega prometa. Če ti vozniki preživijo, do zdravnika najpogosteje pridejo prav v spremstvu policistov, zaradi odredbe strokovnega pregleda, ali ko so poškodovani. Če jih policisti ne »zalotijo«, ostanejo nekaznovani in pijejo in vozijo naprej.

Prekomerno pitje alkoholnih pijač povzroča mnoge telesne in duševne okvare. Pri tem lahko gre za akutno pijanost, zastrupitev z alkoholom ali pa za obsežen spekter napredujočih okvar, ki jih povzroča dolgotrajno, čezmerno uživanje alkoholnih pijač. Ožje zdravstvene motnje se praviloma prepletajo z blažjimi ali hujšimi vedenjskimi motnjami pivca. (Jakopič 1997) Pri tem je potrebno poudariti, da je zasvojenost z alkoholom posebno stanje, v katerem se naštetim motnjam pridruži še osebnostno spreminjanje človeka, od blažje, pa vse do hude avto- in/ali heterodestruktivnosti.

Voznik lahko mnogokrat vozi pod vplivom alkohola in se mu nič ne zgodi, niti policisti ga ne ustavijo. Pomenske zveze med alkoholom, vožnjo in nevarnostjo preprosto ne razvije. Od takega vedenja ima morda celo korist. Bilban (2004) pravi, da je telesno in duševno stanje, ki ga povzroča alkohol, stanje latentnega, potencialnega ogrožanja cestnega prometa. To pomeni, da ni potrebno, da se voznikova manjša zmožnost za varno upravljanje motornega vozila v vsakem trenutku ali sploh kdaj konkretizira. Zadostuje, da bi utegnil voznik zaradi takšnega primanjkljaja v kritični situaciji odpovedati.

Ker so bili škodljivi učinki alkohola na človekov organizem našteti že v prvem poglavju, je na tem mestu povzetih samo nekaj dejavnikov, ki neposredno vplivajo na varnost vožnje.

Tabela 1: Vpliv alkohola na prometno varnost (Bilban 2005: 145)

0,2 g alkohola / kg krvi pomeni:	• rahlo zavrta možganska aktivnost, zato občutek sproščenosti; • sposobnost opazovanja premikajočih se luči se poslabša (ponoči nismo več sposobni pravilno oceniti razdalje do vozil).
0,3 g alkohola / kg krvi pomeni:	• sposobnost globinskega opazovanja se zmanjša (razdalje ne moremo več pravilno oceniti), zato tvegamo prehitevanje in vozimo s prekratko varnostno razdaljo.
0,5 g alkohola /kg krvi pomeni:	• zmanjšana kontrola in izguba zavor – večja pripravljenost na tveganje; • objekti, ki jih opazujemo, se nam zdijo bolj oddaljeni, kot so v resnici (v ovinek pripeljemo s preveliko hitrostjo); • pojavi se lahko tako imenovana rdeča slepota (vedno težje zaznamo rdečo signalizacijo); • zmanjševati se začne sposobnost hitrega preusmerjanja pogleda z enega predmeta na drugega; • prilagajanje hitrim svetlobnim spremembam je vedno težje (že zasenčene luči nasproti vozečega vozila nas lahko začasno zaslepijo); • bistveno sta zmanjšani pozornost in zmožnost pravočasnega reagiranja (pot ustavljanja je daljša, ker kasneje pritisnemo na zavoro – če pri hitrosti 50 km/uro pritisnemo na zavoro eno sekundo kasneje, se pot ustavljanja vozila podaljša za 14 metrov); • pojavijo se motnje ravnotežja (nevarno za tiste, ki se vozijo na vozilih z dvema kolesoma).
1,0 g alkohola/kg krvi pomeni:	• zmanjšana sposobnost koncentracije in koordinacije; • bistveno je motena reakcija oči na svetlobo (težko se prilagajamo hitrim svetlobnim spremembam); • bistveno je zoženo vidno polje (ne moremo več pravočasno dojemati, kaj prihaja z naše leve in desne strani); • zaznavanje in ocenjevanje globine prostora in pozornosti se zmanjšata za polovico (na določene nevarnosti sploh ne reagiramo več); • reakcijski čas in z njim pot ustavljanja se povečujeta.[2]

[2] *Reakcijski čas* je čas, ki je potreben, da voznik, ki je zaznal oviro na cesti, začne ukrepati. *Reakcijska pot* je pot, ki jo vozilo prevozi od trenutka, ko voznik zazna oviro pred vozilom, do trenutka, ko prične zavirati ali kako drugače ustrezno ukrepa. *Zavorna pot* je pot, ki jo vozilo prevozi od začetka zaviranja do popolne ustavitve. *Pot ustavljanja* je pot, ki jo sestavljata reakcijska in zavorna pot. (ZVCP-1)

Iz tabele je razvidno, da je vpliv alkohola na človekovo učinkovitost neposredno sorazmeren količini alkohola v krvi. Na podlagi raziskav je tudi ocenjeno, da z vsakim povečanjem koncentracije alkohola v krvi naraste verjetnost za prometno nesrečo s smrtnim izidom približno za dvakrat.

Epidemiološke študije jasno kažejo na to, da so najpogostejši dejavniki tveganja za prometno nezgodo in težo poškodbe, značilnosti voznika in predvsem njegovo vedenje. Vožnja pod vplivom alkohola je eden najpomembnejših dejavnikov tveganja za nastanek prometne nezgode, številne raziskave pa tudi nakazujejo izjemen vpliv na težo poškodbe v prometni nezgodi. (Rok Simon 1999) Bilban (2004) povzema ugotovitve tujih študij, v katerih strokovnjaki ugotavljajo, da je pri voznikih, ki so v času prometne nezgode alkoholizirani, skoraj 4-krat večje tveganje za smrtno poškodbo kot pri nealkoholiziranih v enako težkih prometnih nezgodah.

Glede na navedeno je nerazumljivo, da se v prometu tolerira kakršno koli uživanje alkohola. Že v letih 1918 do 1941 je pri nas veljala popolna prepoved vožnje pod vplivom alkohola – 0,00 ‰, tri leta (1947–1950) pa smo imeli zakonsko dovoljeno 1,00 ‰ alkohola v kvi voznikov. Leta 1950 je bila ta meja znižana na 0,5 ‰. Leta 1955 je bila v Sloveniji izdana odredba, ki je od vseh profesionalnih voznikov zahtevala treznost pred začetkom vožnje in prepovedovala uživanje alkoholnih pijač med vožnjo. Leta 1963 je *Temeljni zakon o varnosti cestnega prometa v SFRJ* postavil enotno omejitev na nivoju 0,5 promila za vse voznike v cestnem prometu, kar je za Slovenijo pomenilo ublažitev režima za poklicne voznike. Ta skupina, ki ji je zakon prinesel olajšanje od desetletnega režima treznosti, je takrat reagirala s porastom »alkoholnih« prometnih nesreč. (Jakopič 1982)

Zagovornikom trezne vožnje je leta 2005 uspelo, da je naša zakonodaja (ZVCP-1) naštela 11 skupin udeležencev cestnega prometa, za katere velja popolna treznost. Tokrat so se poklicnim voznikom med drugimi pridružili še vozniki začetniki.

Glede zakonsko dovoljene meje 0,5 ‰ za voznike amaterje Jakopič (1982) razmišlja: »Tem voznikom najpogosteje ne moremo očitati, da so malomarni glede odgovornosti, posebno še, dokler jih zakon s klavzulo o dovoljeni količini alkohola v krvi neposredno vodi v takole modrovanje: če je zakonodajalec dovolil pol promile alkohola v krvi, potem to pomeni, da je to napravil zato, ker ve, da taka količina alkohola voznika še ne prizadene.« Kasneje avtor pravi, da ravno tukaj s svojimi vzgojnimi tendencami, glede potrebe po treznosti pri vožnji,

prihajamo v trajno nasprotje z zakonom. Žal se kljub mnogim raziskavam, ki potrjujejo potrebo po znižanju zakonsko dovoljene meje, več kot pol stoletja po navedenem zapisu še vedno vrtimo v krogu.

Za orientacijo o številu alkoholiziranih udeležencev cestnega prometa iz *Poročila o delu policije za leto 2008* povzemam:

Tabela 2: Število odrejenih alkotestov in strokovnih pregledov zaradi alkohola v letu 2008

Vrsta ukrepa	2008
Število odrejenih alkotestov:	405.975
• **pozitiven**	**23.745**
• negativen	380.190
• **odklonjen**	**1.304**
Število odrejenih strokovnih pregledov zaradi alkohola:	1.749
• **pozitiven**	**707**
• negativen	525
• **odklonjen**	398

Še bolj zaskrbljujoči so naslednji podatki, povzeti iz istega poročila:

Tabela 3: Alkoholizirani povzročitelji prometnih nesreč in povprečna stopnja alkohola, v letu 2008

Nesreče	Št. vseh povzročiteljev	Št. alkoholiziranih povzročiteljev	Delež alkoholiziranih povzročiteljev (v %)	Povprečna stopnja alkohola (g/kg)
Smrtne	211	**68**	**32,2**	**1,60**
S telesno poškodbo	8.221	1.065	13,0	1,50
Z materialno škodo	12.104	1.457	12,0	1,52
Skupaj	20.536	2.590	12,6	1,51

Na splošno smo Slovenci do uživanja alkohola in posledic zelo tolerantni. Sprejemljivo je tudi, da človek po zaužitju alkoholne pijače vozi motorno vozilo. Veljavna zakonodaja z omejitvijo vožnje pri koncentraciji 0,5 ‰ alkohola v krvi voznika lažno sporoča, da so sposobnosti voznikov za upravljanje motornih vozil pod to mejno vrednostjo neprizadete. Predhodno navedeni podatki so jasen dokaz, da te pričnejo slabeti že pri nižjih koncentracijah.

1.3.3 Vpliv ne-alkoholnih PAS na vožnjo

Raba in zloraba drog, ter spekter uporabljenih drog, je odsev socialnega, kulturnega in ekonomskega stanja kake družbe. Hkrati je posledica zakonov, predpisov in nazadnje modnih trendov. Pravne poti in kazenski ukrepi so le eno izmed sredstev za nadzorovanje človekovega ravnanja in vedenja. Sami po sebi prav gotovo ne zadostujejo za preprečevanje neželenega pojava in ne blažijo njegovih posledic. Dejstvo, da so se mnoge države s perečo problematiko drog srečale že desetletje pred nami in pri tem prišle do določenih spoznanj, izkušenj in rešitev, je smiselno, da jih povzamemo in smiselno prilagodimo našemu pravnemu redu ter socialnim, kulturnim in ekonomskim razmeram. (Zorec Karlovšek 2005)

Nedovoljene droge in mnoga psihoaktivna zdravila pomembno zmanjšajo voznikove psihofizične sposobnosti za varno vožnjo. Glede na to, da v Sloveniji iz leta v leto narašča število uživalcev PAS, tako legalnih kot nelegalnih, vzporedno s tem narašča tudi število voznikov, ki vozijo pod njihovim vplivom. Pri uporabi izraza *stanje pod vplivom mamil ali psihoaktivnih zdravil* je potrebno poleg njihove prisotnosti v organizmu voznika upoštevati še, ali gre za enkratno uporabo substance, kritična obdobja uvajanja zdravil, predoziranje, preobčutljivost, dolgotrajno zdravljenje, kronično uporabo ali zlorabo, odvisnost, abstinenčne pojave idr.

Prepovedane droge vplivajo na razmišljanje, čustvovanje, vedenje in povzročajo psihično ter fizično odvisnost. Zmanjšajo človekovo sposobnost zaznave in predelave informacij ter učinkovitega mišljenja, poslabšajo pa tudi njegove motorične reakcije. Tako neposredno povečajo tveganje za povzročitev prometne nesreče. Vozniki pod vplivom drog največkrat ne reagirajo dovolj hitro, imajo moteno koncentracijo in so nepozorni pri prehitevanju. Motena je

njihova ocena časa in razdalje, imajo omejeno gibljivost oči in prepozno zavirajo. Opaziti je tudi povečano pripravljenost za tveganje in agresijo do soudeležencev v prometu. Nevarnost pa v prometu pomenijo tudi tisti, ki so za krajši čas prenehali z uživanjem droge, zaradi pojava abstinenčnih znakov. (Strbad 2008)

Tudi mnoga zdravila, predpisana na recept, zmanjšajo sposobnost upravljanja motornih vozil. Po nekaterih podatkih kar petina zdravil, ki so na trgu, zmanjšuje reakcijske sposobnosti. V publikacijah o zdravilih in prometni varnosti so navedene ocene, da 10 odstotkov povzročiteljev prometnih nesreč uporablja zdravila, ki zmanjšujejo psihofizične sposobnosti. To so tako imenovani trigoniki in so označeni s trikotnikom na zavitku. Zanje velja relativna prepoved upravljanja vozil, zato je glede vožnje potreben posvet z zdravnikom ali farmacevtom. Izpolnjen rdeč trikotnik pa pomeni absolutno prepoved upravljanja vozil.

Zdravila z manjšim ali srednjim vplivom na vozniške sposobnosti je mogoče primerjati s koncentracijo 0,5 do 0,8 ‰, zdravila z močnim in nevarnim vplivom na vozniške sposobnosti pa s koncentracijo nad 0,8 ‰ alkohola v krvi. Njihova uporaba je nezdružljiva z vožnjo. Med trigonike sodijo uspavala in pomirjevala, zdravila z vplivom na duševno počutje, zdravila za zdravljenje epilepsije, močni analgetiki in še nekatera druga. Neželene učinke zdravil lahko potencira sočasna raba alkohola, ko se zaradi interakcije poveča možnost neželenih učinkov in njihovih posledic.

Prepoznati nekoga, ki je pod vplivom nealkoholne PAS, ni preprosto. Razpoznavnega znaka, kot je zadah po pitju alkoholnih pijač, pri uporabi teh snovi ni, prav tako ni enostavnih možnosti preverjanja njihove prisotnosti v organizmu. Nekateri znaki, ki kažejo na prisotnost teh PAS v organizmu voznika, so: upočasnjeno gibanje, zaspanost, apatija, slaba pogovorljivost, nejasni odgovori, občasna duševna odsotnost, zmedenost, slaba krajevna in časovna orientacija, opotekajoča, majava hoja, široke ali ozke zenice idr.

Tako v svetu kot pri nas sta med največkrat uporabljenimi drogami heroin in marihuana, ki so jima pogosto pridruženi še benzodiazepini in alkohol. Njihova kombinacija še bistveno zveča tveganje povzročitve prometne nesreče. Bilban (2005) piše, da poleg tistih, ki vozijo pod vplivom prepovedanih drog, vedno večji problem predstavljajo vozniki, ki so na vzdrževalnem metadonskem zdravljenju. Med njimi je delež tistih, ki jemljejo izključno predpisan metadon, le okrog 10 odstotkov, ostali pa v velikem deležu posegajo še po drugih

PAS (opioidi, benzodiazepini, kanabis, alkohol). Omenjene kombinacije so pogosto dokazane tudi pri povzročiteljih cestno prometnih prekrškov.

Že leta je na področju problematike drog odprto vprašanje, kako se lahko vozniku, ki vozi pod vplivom nedovoljenih drog, vožnjo prepove, osebam, ki jemljejo psihoaktivna zdravila, pa je dovoljena. Učinkovanje enih in drugih je zelo podobno. Po nekaterih ocenah je delež voznikov, ki jemljejo slednja, znatno večji, kot tistih, ki uživajo nedovoljene droge.

Po podatkih Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (2008) je pri približno enem do dveh odstotkih voznikov, ustavljenih med nadzorom prometa, test pokazal prisotnost droge. Pogosta je kombinacija alkohola in drugih PAS. Študije, ki ocenjujejo razširjenost drog, zdravil in/ali alkohola med vozniki, udeleženimi v prometni nesreči (s smrtnim izidom ali telesnimi poškodbami), so ugotovile, da je alkohol najbolj razširjena PAS, vendar pa je pogostejša kombinacija z drugimi drogami, kot pri splošni populaciji voznikov. Od vseh analiziranih drog se po razširjenosti takoj za alkohol uvršča konoplja, čeprav so bili v vzorcih, analiziranih na prisotnost benzodiazepinov, ti včasih celo bolj razširjeni. Statistično je bilo večje tveganje za nesrečo in/ali tveganje za odgovornost za nesrečo ugotovljeno za konopljo, benzodiazepine, amfetamine, heroin in kokain. Številna od teh tveganj se povečajo, če se droga zaužije sočasno z drugo PAS, npr. alkoholom.

Najpogosteje prisotna prepovedana droga, odkrita v primerih nesreč s smrtnim izidom, je marihuana. Podobno kot alkohol, ima stimulativen in sedativen učinek, se pa počasneje izloča. Številni znanstveni poskusi in epidemiološke raziskave potrjujejo vpliv THC na upad kognitivnih sposobnosti, psihomotornih funkcij in dejanskih vozniških sposobnosti. Vozniki, ki uživajo kanabis, so trikrat do sedemkrat pogosteje udeleženi v prometnih nesrečah, kot vozniki, ki ne uživajo nobene PAS, tveganje za vožnjo pa drastično poveča kombinacija z alkoholom ali drugimi PAS. Raziskav o vplivih nealkoholnih PAS na vozniško zmožnost je bistveno manj, znanih pa je mnogo statističnih podatkov, ki kažejo na povečano stopnjo tveganja za varnost v prometu ob njihovi uporabi. (Lovrenčič, Drobne 2004)

V postopku o prekršku s področja drog sodniki za prekrške poleg prekrška za posest droge, najpogosteje obravnavajo vožnjo pod vplivom mamil ali PAS ali odklonitev pregleda za ugotavljanje, ali je voznik vozil vozilo pod vplivom mamil ali PAS. (Čas 2005)

Za lažjo predstavo o razširjenost prepovedanih drog med vozniki tudi tukaj povzemam iz *Poročila o delu policije za leto 2008* naslednje podatke:

Tabela 4 : Število odrejenih strokovnih pregledov zaradi prepovedanih drog v letu 2008

Vrsta ukrepa	2008
Število odrejenih strokovnih pregledov zaradi prepovedanih drog:	1.600
• **pozitiven**	**480**
• negativen	341
• **odklonjen**	**716**

1.4 ZASVOJENOST

1.4.1 Zasvojenost/odvisnost od alkohola ali drugih PAS kot bolezen

V nalogi sem želela slediti smernicam socialne alkohologije in za poimenovanje bolezenskega stanja umetne škodljive potrebe uporabljati izraz *zasvojenost.* Glede na to, da sem prebirala precej medicinske strokovne literature in na njenih temeljih zasnovala teoretični del naloge, se nisem mogla povsem izogniti pojmu *odvisnost* oziroma *bolezen odvisnosti*, ki v medicinski terminologiji še vedno prevladuje. Tudi *uporabniki* so v nalogi ostali *zasvojenci* ali *zdravljenci*, kot jih v bolnišnici, kjer se z njimi srečujem, dejansko poimenujemo. Kljub zavedanju, da sem na prehodu iz medicinske v socialno stroko, še vedno ostajam zaposlena v ustanovi, kjer je temeljna dejavnost zdravstvo, zasvojenost pa bolezen, se mi je zdelo kakršno koli drugačno poimenovanje nestvarno in izumetničeno.

Vzporedno z razvojem alkohologije se je spreminjala in dopolnjevala definicija alkoholizma kot pojma za poimenovanje vse problematike, povezane z uživanjem alkohola. Svetovna zdravstvena organizacija je leta 1951 alkoholika opredelila kot osebo, ki čezmerno uporablja alkoholne pijače in pri kateri se je razvila telesna in duševna odvisnost od alkohola. Ta se odraža kot duševne motnje ali takšne motnje vedenja, ki kažejo na okvaro fizičnega in psihičnega zdravja, medosebnih odnosov in motnje na socialnem in ekonomskem področju – motnje sožitja z drugimi ljudmi ter motnje v socialnem funkcioniranju. Izraz *odvisnost* (angl. dependence) je bil leta 1968 uradno sprejet v diagnostični nomenklaturi Svetovne zdravstvene organizacije in Ameriškega psihiatričnega združenja, pred tem pa se je uporabljal izraz *zasvojenost* (angl. addiction). Od leta 1976 je v rabi koncept *sindroma odvisnosti od alkohola* in od leta 1982 koncept *sindroma odvisnosti od drog*, pri čemer je sindrom definiran kot skupek znakov. (Čebašek Travnik, Rus Makovec 2001) Ramovš (2007) našteje razloge, ki utemeljujejo, zakaj je za pojmovanje bolezenske odvisnosti od omamnih snovi, vedenja ali doživljanja, ustreznejša raba besede zasvojenost. Odvisnost je namreč predvsem nekaj dobrega, v smislu biti odvisen od ljudi in od stvari (od zraka, higiene, vode, gibanja, razmnoževanja, učenja, sožitja idr.). Odvisnost je le druga beseda za človekove potrebe. Za spremembo nomenklature in ponovno uvedbo izraza *zasvojenost* tudi medicinska stroka izpostavlja predvsem dva razloga: izraz zasvojenost bolje označuje vedenjsko motnjo kot odvisnost; ne bi bilo več zmede pri zamenjavi besede odvisnost in telesna ali psihična odvisnost, saj bi le ta bila eden od znakov zasvojenosti.

Po mednarodni klasifikaciji bolezni sodi sindrom odvisnosti od alkohola (SOA) med duševne in vedenjske motnje zaradi rabe psihoaktivnih snovi. Opisan je kot skupek vedenjskih, kognitivnih in fizioloških fenomenov, ki se pojavi zaradi ponavljajočega se in dlje časa trajajočega uživanja alkohola. Z medicinskega vidika se SOA diagnosticira ob prisotnosti vsaj treh od naštetih fenomenov:

- težko obvladljiva želja po pitju alkohola,
- težave pri obvladovanju pitja alkohola,
- vztrajanje pri pitju kljub že ugotovljenim posledicam,
- večje posvečanje pitju alkohola kot drugim aktivnostim in obveznostim,
- povečana toleranca do popitega alkohola,
- telesne motnje zaradi odtegnitve alkohola (abstinenčna kriza).

Pri obravnavi odvisnosti je potrebno upoštevati tudi dejstvo, da se pri posamezniku, ki je prekinil obdobje abstinence s ponovnim pitjem alkohola, znaki zasvojenosti znova pojavijo v bistveno krajšem času kot takrat, ko se je zasvojenost šele razvijala. (Gantar Štular 2004)

Tudi kriteriji za diagnosticiranje sindroma odvisnosti od ne-alkoholnih PAS se od navedenih bistveno ne razlikujejo. Nekateri strokovnjaki celo menijo, da naj bi za diagnozo zadostoval zgolj pojav odtegnitvene krize, drugi kriteriji, z izjemo porasta tolerance, pa naj bi bili le njena posledica. (Auer 2001) V začetnih obdobjih uživanja omamnih snovi še prevladujejo ugodni učinki, ko se razvija in poglablja zasvojenost, pa uživalec potrebuje vedno več droge in pojavljajo se prvi odtegnitveni simptomi. Takrat se prične zavedati nevarnosti, in vzporedno se pojavijo občutki krivde. Čeprav skuša rabo omejiti, tega ne zmore in pogosto je nadaljevanje z omamljanjem prav beg od stvarnosti.

»Odvisnost pomeni, da nekdo ali nekaj ne more živeti brez nečesa ali nekoga, ali pa si vsaj to nekaj ali nekoga tako želi, da je brez tega bolan in trpi. Hkrati odvisnost pomeni tudi nesamostojnost, nesvobodo.« (Ziherl 1989: 25)

Na nastanek bolezni pri človeku vplivajo različni dejavniki. Številne, kot npr. bolezni srca in ožilja, hipertenzija, nekatere vrste raka idr., so lahko posledica posameznikovega življenjskega sloga, pa vendar nihče ne dvomi, da gre za bolezen. Živimo v okolju, ki

omogoča enostaven in poceni dostop do alkohola ter velikega števila drugih PAS. Velik del populacije te snovi tudi preizkuša, vendar zmore nadzorovati njihovo rabo, pri nekaterih pa se razvije odvisnost in droge ne morejo preprosto opustiti. Kljub potrjevanju stroke, da je odvisnost od alkohola ali drugih PAS bolezen, v javnosti še vedno prevladuje mnenje, da so si odvisni sami povzročili svojo motnjo. Res je, da so sami začeli z uživanjem določene škodljive substance, vendar s prepričanjem, da bodo prenehali, ko se bodo za to odločili. Ker je popolna ali vsaj delno izgubljena oziroma okvarjena kontrola rabe PAS ena temeljnih značilnosti odvisnosti, pa oseba, ko do tega pride, ni več sposobna sama nadzorovati njene rabe.

Človek, odvisen od alkohola ali katere koli druge PAS oziroma zasvojen s katero od njih, potrebuje to substanco, da lahko sploh živi, dela in se spopada z vsakdanjim življenjem. Gre torej za osebo, ki je z dolgotrajnim in čezmernim uživanjem omamne snovi postala od te psihično in fizično odvisna in so se zato pri njej razvile duševne in/ali telesne okvare ter družbene težave.

Duševna ali psihična odvisnost je stanje, v katerem omamna snov povzroči občutek zadovoljstva in obenem potrebo po njenem ponovnem uživanju z namenom doseganja ugodja in izogibanja neugodju. Razvije se, ko si človek katero od svojih duševnih potreb ali neprijetno občutje začne redno lajšati z alkoholom ali drugo PAS. Če takrat te substance ne zaužije, lahko postane nemiren in napet.

Pri telesni odvisnosti gre za hudo bolezensko stanje in se kaže s telesnimi motnjami, ki se pojavijo, ko telo ne dobi omamne snovi. Presnova uživalca je tako spremenjena, da telo ne more več »normalno« delovati brez snovi, od katere je odvisno. Telo je torej tisto, ki zahteva omamno snov. (Ziherl 1989) Če je ne dobi, še bolj zboli. To se kaže v obliki odtegnitvenih znakov, kot abstinenčna kriza.

Za razumevanje bolezni odvisnosti od alkohola je potrebno upoštevati tudi prenosljivost oziroma toleranco, ki pomeni privajenost človekovega organizma na alkohol. Na začetku alkoholne bolezni ta postopoma narašča zaradi privajanja organizma na substanco, nato lahko ostane vrsto let nespremenjena, najverjetneje zaradi sprememb v osrednjem živčevju. Na koncu alkoholne bolezni, v zadnji fazi odvisnosti, pa toleranca, predvsem zaradi okvare jeter, pada. Znižajo jo tudi težje možganske okvare. (Alkoholizem za interno rabo 2000: 8–9)

Razvoj tolerance poteka po opisanem vzorcu tudi pri razvoju zasvojenosti z drugimi PAS, le da imajo posamezne substance različen zasvojitveni potencial. Snovi, ki imajo visoko tveganje za razvoj zasvojenosti, so kokain, heroin in nikotin, medtem ko alkohol, kanabis, ekstazi in amfetamini spadajo med snovi z nekoliko manjšim tveganjem za nastanek zasvojenosti. Gre za proces, kjer se telo in možgani počasi prilagodijo ponavljajočemu se jemanju mamila.

Mehanizmi, ki vodijo do nastanka odvisnosti, še niso povsem pojasnjeni, znano pa je, da PAS povzročajo, da se v določenem področju možganov poveča sproščanje kemičnega prenašalca dopamina. Ni nujno, da le dopamin sproži občutek ugodja, toda njegovo sproščanje zaradi delovanja omamnih snovi je končna skupna pot, ki posreduje pri nastanku tega občutja v možganih. Prav občutek zadovoljstva »mami« posameznika k ponovnemu jemanju omamne snovi. Eden od desetih rednih uživalcev alkohola ali kanabisa postane zasvojen, pri heroinu in kokainu pa je zasvojitveni potencial znatno višji. (Morris, Fillenz 2003)

Pri dolgotrajnem in čezmernem uživanju alkohola ali druge PAS je ključnega pomena za nastanek zasvojenosti izguba nadzora nad količino zaužite substance. Človek z izgubo nadzora ne more svobodno izbirati količine, niti okoliščin omamljanja in prav to pomeni, da je zasvojen, odvisen od omamne snovi, čeprav je še sposoben nekaj časa živeti povsem brez nje. Drug, prav tako pomemben in jasen znak zasvojenosti je nesposobnost vzdržati se uživanja določene PAS. Če te snovi ne zaužije, se pojavijo znaki odtegnitvene krize. Pri zasvojenih z alkoholom so najpogostejši:

- tremor rok ali celega telesa,
- siljenje k bruhanju in kolcanje,
- močno znojenje,
- čustvene motnje,
- nespečnost ali motnje spanja,
- epileptični napadi,
- alkoholni bledež.

Ti znaki so podobni tudi pri drugih zasvojenostih, različna je le njihova intenziteta. Da bi se izognil abstinenčni krizi, mora človek, ki je zasvojen, ponovno zaužiti snov, ki »jo zahteva« njegovo telo. Sem spada »jutranje pitje« alkoholikov in tako imenovano »dolivanje«, ki prepreči nastanek odtegnitvene krize. (Alkoholizem za interno rabo 2000: 9–10)

Dolgotrajnejše uživanje alkohola ali drugih omamnih snovi se utiri organsko in psihično kot umetna potreba ali zasvojenost, ki čedalje bolj neizprosno zahteva svojo zadovoljitev, pri tem pa daje čedalje manj užitka v primerjavi z začetnim obdobjem. (Ramovš 2007)

Ramovš (2007) označi alkoholizem kot zgrešen sožitni slog, ki je povezan s pitjem alkoholnih pijač. S socialno-delavskega in psihosocialnega vidika bi lahko tako opredelitev razširili tudi na uživanje nealkoholnih PAS, saj je tudi pri njihovi zlorabi moteno sožitje z drugimi ljudmi. Avtor razloži razvoj zasvojenost na podlagi antropohigienskega modela človeka. Pogoj za kakovostno življenje, normalen razvoj in samouresničitev posameznika je skladno zadovoljevanje njegovih potreb. Prav potrebe so temeljni mehanizmi živih bitij, ki jim s tem, ko jim dajejo motivacijsko energijo za doseganje ciljev, omogočajo, da se ohranjajo in da napredujejo. Antropologija je temelj vsake znanosti o človeku in po antropohigienskem modelu je človek nedeljiva celota, sestavljena iz šestih razsežnosti,[3] v vsaki pa ima specifične naravne potrebe. Te so edino gibalo, ki žene človeka. Zasvojenost vpliva na vse razsežnosti delovanja posameznika, zato moramo za njeno razumevanje najprej poznati celostno podobo človeka: razsežnosti, specifične potrebe ter delovanje obrambnih mehanizmov v vsaki izmed njih.

Šestrazsežnostna celostna podoba človeka:

1. *telesna ali biofizikalna:* je osnova vseh višjih razsežnosti, skupna vsej drugi živi in neživi naravi. Zajema organizem z organi in organskimi sistemi, presnovo, rast, razmnoževanje in celjenje. Energetski potencial te razsežnosti so vse organske potrebe in fizikalno-kemijske zakonitosti živih bitij in nežive narave;

[3] Šestdimenzionalni model izhaja iz spoznanj Viktorja E. Frankla (1905–1997) o tridimenzionalnem konceptu človeka in Antona Trstenjaka (1906–1996), ki je bil prav tako predan celostni antropologiji. Dr. Jože Ramovš je trem osnovnim dimenzijam dodal še naslednje tri, za razumevanje človeka prav tako pomembne.

2. *duševna ali psihična:* je komunikacijska izmenjava med podsistemi v človeku ter med človekom in okoljem na podlagi delovanja živčnega sistema. Zaznavanje s čutili zajema intelektualno, miselno oziroma racionalno predelavo informacij ter čustveno pozitivno in negativno dogajanje v zavesti, spomin, vedenje, navade, na zavedni in nezavedni ravni. Energetski potencial te razsežnosti so vse človekove duševne potrebe;

3. *duhovna ali neogena:* je človekovo dojemanje samega sebe in njegova orientacija v časovno prostorski stvarnosti. Glavni značilnosti sta svoboda odločanja in odgovornost za odločitve – prepoznavanje več možnosti in vrednostna orientacija med njimi (izbira med najmanj dvema možnostma, ki jih posameznik zazna, uresničitev izbire in odgovornost zanjo). Energetski potencial neogene razsežnosti je nedeljivost človekovih duhovnih potreb po svobodi in odgovornosti;

4. *sožitna ali medčloveška – socialno družbena razsežnost:* vključuje povezave med ljudmi na ravni osebnih odnosov ter razmerja v širši družbi. Brez razmerij v sožitju kot živa bitja ne moremo preživeti in brez odnosov v sožitju ne moremo biti. Energetski potencial sožitja je človeška potreba po soljudeh, po osebnih vlogah v sožitju v vsem razponu od privlačnosti do odbojnosti ter potreba po medsebojni komunikaciji;

5. *razvojna ali zgodovinsko kulturna:* obsega individualni – ontogenetski razvoj človeka od spočetja do smrti in vrstni – filogenetski razvoj. Razvoj temelji na učljivosti in ustvarjalnosti, torej na napredku skozi mladost, srednja leta in starost. Vsako obdobje ima svojo specifiko. Sprejemanje, ustvarjanje in predajanje spoznanj in izkušenj omogoča razvoj posameznika in kulturno zgodovinski razvoj. Prav potreba po razvoju in napredku, učenju in ustvarjalnosti je energetski potencial te razsežnosti;

6. *bivanjska ali eksistencialna:* je v iskanju smisla posameznih dejanj, trenutkov, situacij, v iskanju smisla življenja, zgodovine in stvarnosti kot celote, v človekovem spraševanju »čemu?«. Človekova volja do smisla je dinamični potencial te razsežnosti.

Razen biofizikalne in duševne razsežnosti, ki sta skupni vsem višje razvitim živim bitjem, so vse naslednje izvorno človeške. Dinamični oziroma energetski potencial je osnova potreb, ki so gibalo vsake razsežnosti – potrebe torej motivirajo človeka k iskanju možnosti za njihovo zadovoljitev. Človekovo doživljanje in ravnanje skozi vso življenje je torej nedeljivo prepleteno s potrebami. (Ramovš 2007)

Za uravnovešeno zadovoljevanje potreb v vseh razsežnostih bivanja ima človek razvite obrambne ali imunske mehanizme. To so najvišje sposobnosti, bistvene za njegovo preživetje in razvoj. So samodejni, pretežno nezavedni vzgibi, ki služijo človekovemu napredku, popravljanju že nastalih okvar ali motenj in predvsem ohranjanju človekovega zdravja, ko skrbijo za smiselno prioriteto zadovoljevanja potreb. Po Maslowu (1954; po Ramovš, 2007: 41) osnovnim oziroma biološkim potrebam sledijo potreba po varnosti, ljubezni, pripadnosti, ugledu, samospoštovanju in nazadnje potreba po samouresničitvi. Človek nikoli ne more doseči popolnega ravnovesja v zadovoljevanju vseh potreb, čeprav k temu stremi, vendar vseeno preživi prav zaradi razvitih obrambnih mehanizmov.

Obrambni mehanizmi v šestih človekovih razsežnostih:

1. *v biološki:* organski samodejni odzivi za obrambo zdravega in zdravljenje bolnega oziroma celjenje poškodovanega organizma;
2. *v duševni:* selekcionirano zaznavanje dražljajev, razumsko utemeljevanje doživljanja in vedenja, pozabljanje idr.;
3. *v duhovni:* vest;
4. *v medčloveški:* samopomoč v lastni stiski in solidarnost ob doživljanju potrebe ali stiske drugih;
5. *v razvojni:* na eni strani enačenje z drugimi, posnemanje drugih kot osnova učljivosti, ter na drugi strani previdnost pred neznanim;
6. *v bivanjski:* zavest umrljivosti, ki človeka usmerja k smiselni izrabi časa, k iskanju smisla svojih dejanj, situacij, svojih notranjih doživetij.

Kot vsaka druga sposobnost pa lahko tudi imunski sistem ostane zakrnel, oboli ali odpove. (Ramovš 2007)

Zasvojenost je potreba, toda ne naravna, ne prirojena, temveč pridobljena – je *umetna škodljiva potreba* po omamni snovi, omamnem vedenju ali doživljanju. Podobna je človekovim naravnim potrebam, lahko pa je celo močnejša od njih. Posameznik »si jo privzgoji« s ponavljanjem oziroma vadbo po metodi pogojevanja, ko neko obliko vedenja ali

ravnanja spremeni v rutino ali navado. Tudi po biološki poti s poseganjem v presnovne mehanizme lahko pridobi novo umetno potrebo ali spremeni organsko. Primer tako nastale umetne potrebe je potreba po alkoholu ali drugi omamni snovi. Razvija se postopoma, s privajanjem na določeno PAS, na obliko vedenja oziroma na določen način doživljanja resničnosti. Ko je zasvojenost vzpostavljena, deluje kot nuja in človeku s tem jemlje svobodo doživljanja in ravnanja. Je umetna potreba po nečem, kar človek po naravi ne potrebuje in deluje kot tujek, na katerega se posameznik v vseh svojih razsežnostih nasilno prilagodi. Ramovš (2007) razlaga, da vse umetne potrebe niso nujno škodljive, saj lahko kompenzirajo določen primanjkljaj, do katerega pride zaradi spremenjenega življenjskega sloga. Potreba po uživanju omamnih snovi, ki pa po psihičnem privajanju postane življenjska razvada in se tudi organsko vgradi v delovanje možganov ter na ta način postane celostna človeška potreba, pa je škodljiva.

Na to, da je zasvojenost škodljiva potreba, kažejo njene posledice, ki se odražajo na vseh šestih človekovih razsežnostih:

- biološko zastruplja organizem,
- patološko spreminja vedenje in duševnost (opravičevanje, racionalizacija, selekcionirana percepcija …),
- krni svobodo in odgovornost (vest kot kompas presojanja odpove),
- kvari medčloveške odnose in razmerja (izguba čuta empatije),
- zavira človekov razvoj,
- omamlja in jemlje življenju smisel.

Naštete posledice se v posameznih razsežnostih pojavijo zaradi motenj v delovanju obrambnih mehanizmov, saj pri zasvojenosti obolijo prav njihove »najfinejše«, najvišje sposobnosti. Pri motnjah duševnih in odnosnih obrambnih mehanizmov človek doživlja sebe in okolje v nasprotju s svojimi naravnimi potrebami. Da bi kljub temu ohranil samospoštovanje in ugled v okolju, njegova zavest samodejno »nadene barvasta očala« – sebe vidi v sprejemljivejši luči in se kot tak skuša pokazati tudi v okolju. Posledica tega so razne »igre med ljudmi«, v njihovih medsebojnih odnosih. Vzroke za motnje medčloveškega

sožitja je najti tako v naučenih oblikah zgrešenih vzorcev sožitja v otroštvu oziroma mladosti, kot v kasnejših nesmiselnih življenjskih usmeritvah. Zasvojenost prav gotovo sodi mednje.

Tako kot v človekovi duševnosti delujejo psihični obrambni mehanizmi in v medčloveških odnosih odnosni, lahko rečemo, da v družbi delujejo družbeni obrambni mehanizmi. Njihova obolelost se kaže v tabuizaciji ali drugače povedano, v zatiskanju oči pred problemi, ki jih ne more ustvarjalno reševati. Samodejni, pretežno nezavedni vzgibi v družbi služijo njenemu napredku, ohranjanju ravnotežja, hkrati pa tudi prikrivanju škodljivih dejstev, s katerimi se še ne more ali iz določenih razlogov noče spoprijeti. Na ta način v družbi nastajajo »slepe pege« kot patološka družbena obramba pred napredkom, pred konstruktivnim reševanjem akutnih problemov. Tudi problematika alkoholizma in drugih zasvojenosti v naši družbi žal pomeni eno izmed »slepih peg«.

Ziherl (1989) vzroke nastanka odvisnosti od alkohola razvršča v tri skupine in pravi, da se odvisnost porodi iz njihovega medsebojnega delovanja. Poleg alkohola, njegove stalne prisotnosti skozi zgodovino človeka in njegovih kemičnih lastnosti, sta drugi dve skupini vzrokov vezani na človeka in njegovo življenjsko okolje. Gre torej za preplet učinkov alkohola, vplivov okolja in socialnih dejavnikov ter osebnostnega razvoja posameznika.

Alkohol je omamna substanca, ki zaradi svoje kemične sestave in specifike delovanja na telo, zlasti možgane, človeka omamlja in povzroča zasvojenost. Podobno delujejo tudi druge PAS. Na njihove lastnosti pri spopadanju z zasvojenostjo ne moremo vplivati. Dojemljivi za prizadevanja na tem področju sta le drugi dve vzročni skupini.

Takšna razlaga etiologije odvisnosti je v zadnjih letih dobro podprta še z dognanji na področju genetike, saj je že od začetka sedemdesetih let 20. stoletja znano, da obstaja velika verjetnost genskega vpliva na nastanek odvisnosti od alkohola. Maja Rus Makovec (2004) poudarja, da ne dedujemo odvisnosti kot bolezni, temveč *vulnerabilnost (ranljivost) za odvisnost*[4] in da pri tem ni razlik med moškimi in ženskami. Medtem ko na sam začetek uživanja alkohola najbolj vplivajo dejavniki iz okolja, so za vztrajnost v uživanju odločilni prav genski faktorji. Zavedanje teh ugotovitev ponuja nove možnosti razvoja učinkovite preventive na področju zasvojenosti.

[4] Ocenjuje se, da ima od 30 do 50 % od alkohola odvisnih oseb, starše z enakim problemom. V gensko osnovo odvisnosti od alkohola je vpletenih več genov, ki imajo sicer svojo vlogo pri normalnem človeškem vedenju in senzorni percepciji. (Rus Makovec 2004)

Iz socialnokulturnega in socialnoekonomskega okolja, medijev in družine izhajajo odločilni vplivi okolja za razvoj zasvojenosti. Vrednote in norme, ki prevladujejo v določeni družbi, vplivajo na eni strani na ponudbo alkoholnih pijač in na drugi na povpraševanje po njih, rezultat medsebojnega delovanja obojega pa je poraba alkohola. Velikodušen odnos do alkohola torej neposredno povečuje samo ponudbo in posledično njegovo porabo. Večja poraba alkohola v določenem okolju pomeni večjo verjetnost za razvoj težav v zvezi z uživanjem alkohola in večjo verjetnost za več odvisnih v tem okolju.

Pomembno vlogo pri razvoju zasvojenosti imajo pričakovanja glede alkohola v določenem okolju in pojem vedenjske izbire. Na pivsko vedenje ljudi vplivajo prepričanja o učinkih alkohola, saj je iz raziskav znano, da otroci oblikujejo pričakovanja do alkohola pred osebno izkušnjo z njim. Tako torej v alkoholu naklonjenem socialnokulturnem okolju, zlasti družinah, otroci »pijejo alkohol« še preden ga zares poskusijo. Pojem vedenjske izbire (Rus Makovec 2004: 19) temelji na raziskavah, ki potrjujejo, da je nagnjenost do uživanja alkohola obratno sorazmerna z neposrednimi ovirami dostopnosti do alkohola. Kot socioekonomski vpliv med dejavnike tveganja za razvoj zasvojenosti sodijo tudi občutki brezperspektivnosti, majhnega nadzora nad svojim življenjem, pasivnost, zavedanje izključenosti idr. Tudi mediji imajo pomembno socializacijsko vlogo pri mladostnikih, zlasti v obdobju prvih izkušenj z alkoholom. Družina kot osnovni medij za psihosocialni in telesni razvoj posameznika vpliva na razvoj zasvojenosti prek genske vulnerabilnosti in vedenjskih vzorcev, vendar njen vpliv ni enoznačen. »Na odnos starši – otrok najbolj vplivajo kakovost starševske oskrbe, predvsem čustvena toplina in podpora, ter sposobnost starševske kontrole, to je način nadzorovanja vedenja in discipliniranja.« (Rus Makovec 2004: 20) Motnje na teh področjih zvišujejo tveganje za problematično uživanje alkohola.

Najpogostejše osebnostne lastnosti, ki predstavljajo tveganje za razvoj škodljivega ali odvisniškega načina uživanja PAS, so:

- nizka samoučinkovitost, samospoštovanje, samozaupanje,
- nizek nivo socialnega zaupanja (prepričanje, da je naše življenje odvisno od sreče ali nesreče, nad katero nimamo dosti nadzora),
- višji nivo agresivnosti,
- slabša sposobnost nadzorovanja impulzivnega vedenja,

- višji nivo uporništva, anksioznosti,
- večja potreba po zunanjem priznanju,
- višji nivo pesimizma.

Tudi starost ob začetku uživanja PAS je ključnega pomena za razvoj zasvojenosti. Raziskave kažejo, da pri mladostnikih, ki začnejo uživati alkohol pred 14. letom, obstaja kar štirikrat večja verjetnost, da bodo postali od njega odvisni, kot pri tistih, ki začnejo piti pri 20. letih in kasneje. Preobčutljivost za vsakdanje težave, ki jih prinaša življenje in tesnobnost kot posledica te preobčutljivosti, je zelo neprijeten občutek, ki ga PAS zmorejo začasno odpraviti oziroma otopiti. Ko človek ugotovi, da lahko z njihovo pomočjo prikrije ali vsaj navidezno odpravi katero izmed naštetih lastnosti, tvega, da bo stopil na pot, ki vodi v zasvojenost.

Alkoholizem in tudi zasvojenosti z drugimi PAS so pogost pojav v današnji družbi, v vseh družbenih slojih, kjer neposredno ali posredno vplivajo na kvaliteto življenja v vseh starostnih obdobjih. Da so pomemben družbeni problem, ni dvoma. Še posebej je v današnji evropski kulturi zaskrbljujoče pitje in drugo omamljanje mladih. Ramovš (2007: 145) ga, glede na to, da vsi mladi vendarle niso oboleli, jih je pa veliko, poimenuje epidemična socialna bolezen.

Pri razmišljanju o zasvojenosti nikakor ne smemo pozabiti, da jo povzročajo tudi zdravila, predpisana na recept. Njihova raba, škodljiva raba ali zloraba odpirajo številna vprašanja in dileme tudi znotraj medicinske stroke, dejstvo pa je, da se pri njihovi zlorabi pojavijo vsi znaki, značilni za druge vrste zasvojenosti. Zdravniki se vse pogosteje srečujejo s pacienti, ki od njih pričakujejo ali celo zahtevajo, da jim predpišejo določena zdravila, pri jemanju pa ne upoštevajo njihovih navodil. Vedenjski vzorec, ki nakazuje možnost zlorabe, vključuje naslednje znake: (Čebašek Travnik 2003: 18–23)

- nezmožnost jemanja zdravil po navodilih zdravnika,
- jemanje več odmerkov hkrati,
- pogosto poročanje o izgubljenih ali ukradenih receptih,
- menjavanje zdravnikov,
- izogibanje družinskim članom in prijateljem,

- dodatno jemanje zdravil, ki niso bila predpisana,
- možnost pojava sedacije, povečanje energije, zmanjšanje anksioznosti, vztrajanje na hitro delujočih oblikah zdravila, poročanje o tem, da na primer neopioidni analgetiki niti malo ne zmanjšajo bolečine.

Med najpogosteje predpisana psihoaktivna zdravila sodijo benzodiazepini (Loram, Helex, Apaurin, Fluzepam idr.). Pri dolgotrajni uporabi prihaja do njihove zlorabe in razvoja odvisnosti predvsem med bolniki, ki so odvisni od alkohola in/ali drugih PAS. Zasvojenost se pojavi pri približno 30 % ljudi, ki jih redno jemljejo več kot tri do štiri tedne. (Maučec Zakotnik 1996: 79)

Tudi opioidni analgetiki, zlasti kodein in tramadol, povzročajo zasvojenost. Toleranca se razvije že v roku parih dni rednega uživanja. Telesna odvisnost je izredno močna in se kaže z odtegnitvenimi simptomi, močno podobnimi gripi. Izrazita je tudi psihična odvisnost, z ekstremno nemirnostjo in anksioznostjo. (Bunderla 2007)

Vožnja pod vplivom PAS in zasvojenost z njimi sta različna pojma, ki ju je potrebno med sabo razlikovati, hkrati pa v praksi iskati njuno povezanost. Da bi lahko razlikovali med enim in drugim pojavom, pa moramo prav tako kot zakonitosti razvoja bolezni odvisnosti, dobro poznati tudi njene posledice.

1.4.2 Posledice zasvojenosti

Glede na porabo alkohola se, po v različnih raziskavah zbranih podatkih, Slovenija uvršča v skupino držav z najvišjo porabo in je za četrtino višja od evropske. Temu sorazmerne so tudi škodljive posledice pitja. Pri okoli desetih odstotkih ljudi, ki redno, vsaj enkrat tedensko pijejo alkoholne pijače, se postopoma, z nekaterimi jasno prepoznavnimi zakonitostmi, razvije zasvojenost. Po identičnih zakonitostih se zasvojenost razvije tudi pri uživanju drugih PAS, ki so v današnji družbi vedno bolj dostopne.

»Ko si je človek (in z njim vred tudi naša družba) izvolil sožitje z alkoholom, si je nehote naprtil tudi posledice tega sožitja.« (Ziherl 1989: 65)

Strokovnjaki te posledice, ki jih lahko imenujemo tudi težave v zvezi uživanjem PAS, različno razvrščajo. Ziherl (1989: 65) jih deli na telesne, duševne in družbene, medtem ko Ramovš (1981: 88) govori o telesnih obolenjih, duševnih motnjah in obolenjih ter značajsko-osebnostnih in socialnih motnjah.

Ne glede na klasifikacijo je neizpodbitno dejstvo, da dolgotrajno uživanje alkohola škodljivo deluje na človekovo telo. Ziherl (1989) za to navaja dva razloga:

- alkohol je za človekov organizem strup,
- človek, odvisen od alkohola, si pridobi samosvoj način življenja.

V življenjskem slogu zasvojenih redno, zdravo in raznoliko prehranjevanje nima pomembnega mesta. Človek nekaj kalorij pridobi z alkoholom, manjka pa mu drugih, življenjsko pomembnih sestavin, med njimi mineralov in vitaminov. K njihovemu načinu življenja, zaradi veliko časa, ki ga posvečajo pitju, spada tudi premalo telesne aktivnosti. Pogosto so nerazgibani, torej telesno slabo zmogljivi in kot takšni še manj odporni proti različnim škodljivim vplivom, torej tudi alkoholu.

Neredno in enolično prehranjevanje ter premalo gibanja že sama po sebi okvarjata organizem, ga slabita in zmanjšujeta odpornost. Če temu dodamo še strupene učinke alkohola, postane jasno, zakaj se pri zasvojenih pogosto pojavljajo telesne bolezni, okvare posameznih organov ali celo njihova odpoved ter s tem povezane duševne, osebnostne in socialne motnje.

Telesne motnje

Najpogostejša telesna obolenja oziroma motnje, ki nastanejo kot posledica dolgotrajnega, prekomernega uživanja alkoholnih pijač, so:

- *okvare jeter* – pri razgradnji alkohola v ogljikov dioksid in vodo se sproščajo strupene snovi, ki okvarijo jetrne celice. Njihovo delovanje je moteno, začno se polniti z maščobo in vodo, kar privede do maščobnega propada jeter. Jetra se povečajo, pozneje pa njihove celice nabreknejo do take mere, da onemogočijo krvni obtok in začno odmirati.

Nadomešča jih vezivo, jetra se krčijo, vedno manj je delujočih celic – sledi jetrna ciroza in smrt. Pri 90–100 % odvisnih od alkohola pride do zamastitve jeter, pri 10 % pa do ciroze. (Židanik, Čebašek Travnik 3003: 36) Ta faza je nepopravljiva, ob abstinenci se nadaljnje propadanje lahko le upočasni ali zaustavi, ne pa ozdravi. Predhodne faze jetrne bolezni se zaradi sposobnosti obnavljanja jetrnih celic lahko popravijo, če človek preneha uživati alkohol;

- *težave z dihanjem, okvare požiralnika* – zaradi propada jeter se pretok krvi skoznje močno zmanjša in poveča skozi druge žile. Povečan pretok skozi pljuča oteži dihanje, skozi žile požiralnika pa žilno steno nategne in stanjša ter jo naredi občutljivejšo za poškodbe. Krvavitev iz poškodovanih žil požiralnika je pogost, neposreden vzrok smrti pri jetrni cirozi;

- *okvare trebušne slinavke* – pogosta so vnetja, ki lahko postanejo kronična, nenadno, akutno vnetje pa lahko vodi celo v smrt. Ker trebušna slinavka proizvaja prebavne sokove in inzulin, so zaradi motenj v njenem delovanju pogoste prebavne motnje in sladkorna bolezen ter rak;

- *okvare srca* – pojavijo se kot posledica kombinacije zastrupljanja z alkoholom in pomanjkanja vitaminov skupine B. Ob abstinenci se lahko popravi, v nasprotnem primeru pa se stopnjuje vse do odpovedi srčne mišice;

- *okvare živčevja* – perifernega in centralnega. Alkohol je nevrotoksičen, zato dolgotrajno pitje privede do propada nevronov v osrednjem živčnem sistemu. Dodatne okvare se pojavijo zaradi pomanjkljive prehrane in motenj v absorpciji ter posledičnim pomanjkanjem beljakovin, mineralov in vitaminov. Kot posledice teh okvar se pričnejo pojavljati epileptični napadi, motnje spomina, motnje koncentracije in nazadnje demenca. Prav možganske okvare so pomemben vzrok duševnih posledic zasvojenosti. Pomanjkanje hranilnih snovi in vitaminov B pa privede tudi do ene najpogostejših telesnih okvar zaradi delovanja alkohola – alkoholne polinevropatije, ki prizadene dve tretjini odvisnih. Težave se pojavljajo od pekočih bolečin v mečih do postopne ohromitve ali atrofije meč in stopal. Okvarjena je globoka senzibiliteta ter občutek za položaj in gibanje in posledično je otežena hoja (»hodi kot raca«);

- *okvare želodca* – alkohol draži želodčno sluznico tako, da ta začne izločati prebavne sokove in kislino. To vodi do vnetja želodčne sluznice – gastritisa, ki lahko postane kroničen, do čira – ulkusa na želodcu, in celo do raka;
- *slabokrvnost* – število eritrocitov, ki prenašajo kisik, se zmanjša, same celice pa so povečane;
- *kožna obolenja* – na koži so vidne drobne in večje podkožne krvavitve zaradi motenj strjevanja krvi, koža pa se zaradi barvila, ki se v obolelih jetrih ne predela, obarva rumeno. Pogosteje se pojavljajo ali poslabšajo tudi druge kožne spremembe, kot so pelagra, psoriaza, ekcemi in glivična obolenja;
- *hormonske motnje* – pri moških pride do izgube dlak, povečanja prsi in zmanjšanja testisov z impotenco, pri ženskah do oslabljenih mesečnih krvavitev, nezmožnosti zanositve, pogostih splavov in manjšanja dojk;
- *fetalni alkoholni sindrom* – nastopi zaradi vpliva alkohola na še nerojenega otroka pri nosečnicah, ki so odvisne od alkohola in nadaljujejo s pitjem tudi v nosečnosti.[5] Alkohol zavira normalno rast zarodka in je vzrok za rojstvo duševno zaostalega otroka, zavre pa tudi otrokov razvoj po rojstvu;
- *zmanjšanje obrambnih sposobnosti organizma* – to zaradi nepravilne prehrane vodi do še več telesnih okvar in tako sklene krog vzrokov in posledic.

Duševne motnje

Alkohol, njegovi presnovki in telesni presnovki, ki se sicer predelajo v zdravih jetrih, postopoma okvarijo možgane in posledično povzročijo tudi nekatere duševne motnje: (Židanik, Čebašek Travnik 2003: 27–28)

[5] Verjetnost, da bo nosečnica, ki je odvisna od alkohola in pije tudi med nosečnostjo, rodila otroka s fetalnim alkoholnim sindromom, je 35 %. Ker ni znana količina alkohola, ki zarodku še ne škodi, velja pravilo, naj nosečnice alkoholnih pijač sploh ne uživajo. (Židanik, Čebašek Travnik 2003: 38)

- *epilepsija* – napadi nezavesti s pojavom mišičnih krčev. Povzroči jo lahko zastrupitev z alkoholom, poškodbe možganov ob padcih, lahko pa se pojavi tudi v sklopu odtegnitvenih znakov, najpogosteje 12–24 ur po zadnjem zaužitju alkoholne pijače;

- *kratkotrajne spominske motnje* – pojavijo se lahko zaradi zastrupitve z alkoholom. Človek se ne spominja dogajanja pred stanjem opitosti, zaveda pa se »spominske luknje«. Med samo epizodo pitja je njegova sposobnost spominjanja ohranjena, ne spomni pa se dogodkov za pet do deset minut nazaj ali pa se naslednji dan ne spominja dogodkov prejšnjega večera. Gre za prehodno motnjo skladiščenja sprotnega in kratkega spomina v dolgoročnega;

- *dolgotrajne ali stalne motnje spominjanja* – v ospredju je motnja kratkega ali svežega spomina zaradi dolgotrajnega pitja večjih količin alkoholnih pijač. Posameznik je sicer dobro odziven, sprotni spomin je načeloma še ohranjen, moteno pa je njegovo skladiščenje v kratkega in dolgega, zato informacije pozablja že po približno treh minutah. Spominske vrzeli si zapolnjuje s konfabulacijami ali starimi spomini;

- *alkoholna demenca* – strokovnjaki vzroke pripisujejo prepletu različnih dejavnikov. To so najpogosteje: neposreden strupen učinek alkohola na živčne celice, pomanjkanje vitaminov in mineralov zaradi slabe prehranjenosti, številni padci in udarci v glavo, neustrezno delovanje drugih telesnih organov, zlasti jeter, trebušne slinavke in ledvic. Nezmožnost opravljanja del in nalog se stopnjuje do te mere, da človek ni sposoben sam poskrbeti niti za svoje najosnovnejše potrebe ter je krajevno, časovno, osebnostno in situacijsko dezorientiran;

- *alkoholni bledež* – delirium tremens je najpogostejši med vsemi psihiatričnimi komplikacijami alkoholizma. Njegov začetek večinoma sprožijo dejavniki, kot so: poškodbe, operacije, vročinska stanja, nenadna popolna abstinenca ali enkratno ekscesivno pitje. Najpogosteje se pojavi v prvih treh dneh po zaužitju zadnje alkoholne pijače. Začne se z abstinenčnimi znaki, ki se postopno poglabljajo preko predelirija do delirija. Pri polno izraženem deliriju človek izgubi časovno in krajevno orientacijo, navadno ima privide in praviloma tudi prisluhe. Gre za nevaren telesni in duševni zaplet, ki ga je nujno zdraviti v bolnišnici, saj 10–15 odstotkov delirantov, ki niso zdravljeni, umre zaradi krvavitev v možgane, odpovedi srca ali hudih vnetij (pljučnica).

Med druge, zelo pogoste psihične motnje, povezane s pitjem alkoholnih pijač, sodijo še: (Židanik, Čebašek Travnik 2003: 25–27)

- *depresija* – občutje globoke in dolgotrajne žalosti, ki se kaže z zmanjšano aktivnostjo in izrazito utrujenostjo že po najmanjšem naporu. Skoraj vedno upade občutek samospoštovanja in samozaupanja, prisotni so občutki krivde in ničvrednosti. Depresivni, ki so hkrati odvisni od alkohola, so močno nagnjeni k samomorilnim odločitvam;

- *tesnobnost* – gre za občutek strahu brez pravega vzroka. Najpogosteje je prisotna v sklopu abstinenčnih znakov in jo spremljajo številni moteči telesni občutki (razbijanje srca, stiskanje v prsih, močno potenje idr.);

- *samomorilnost* – po nekaterih ocenah se kar 10 do 15 odstotkov ljudi, odvisnih od alkohola, odloči za poskus samomorilnega dejanja. Med moškimi samomorilci jih je približno polovica imela težave zaradi uživanja alkohola;

- *ljubosumnost* – je med odvisnimi zelo pogosta. Moškemu zaradi upada izločanja spolnih hormonov začne padati potenca, hkrati pa ga partnerka zavrača tudi zaradi neurejenih drugih relacij partnerskega odnosa (vinjen, neurejen, z zadahom po alkoholu ipd.). Odvisni si to razlaga po svoje, sumniči partnerko, da ima odnose izven njune zveze. Ko krivdo za lastno spolno nemoč pripiše njej, lahko v sebi ohrani sliko potentnega moškega, istočasno pa sproži partnerski konflikt, ki ga izrabi kot razlog za ponovno pitje. Do podobnih situacij lahko pride tudi v primerih odvisne ženske;

- *alkoholna ljubosumnostna blodnjavost* – je prava duševna bolezen. Bolnik verjame svojim blodnjam, prepričan je, da ga partnerka vara, išče dokaze nezvestobe, opreza za njo, ji sledi. Bolezen lahko vodi do hudih kaznivih dejanj;

- *alkoholna psihotična motnja* – izguba pravilnega presojanja stvarnosti zaradi vsebinskih motenj mišljenja ali motenj zaznavanja (prividi, prisluhi). Motnja traja praviloma krajši čas, navadno do enega tedna. Najtežje posledice so dejanja, ki jih lahko bolniki storijo pod vplivom teh doživetij, predvsem v smislu telesnih poškodb.

Značajsko-osebnostne motnje

Številni avtorji govorijo o osebnostni spremenjenosti zasvojenih, a človekovo ravnanje in vedenje se ne spremeni čez noč. Ramovš (1981) alkoholizem označuje kot vzgojo oziroma prevzgojo značaja na slabše. Odvija se v pivskem okolju, omogoča in spodbuja jo alkohol, in traja leta. V knjigi Alkoholno omamljen (1981) je maličenje alkoholikovega značaja in njegove osebnosti razdeljeno na šest smeri:

- čedalje bolj izgublja stik s svetom,
- vse ga zanima vedno manj, le alkohol vedno bolj,
- zaostaja za vrstniki,
- postaja izrazit sebičnež,
- izgublja čut odgovornosti,
- »laže, da verjame sam sebi«,
- otopevajo mu čustva.

Avtor na koncu doda, da ima vsa ta zmaličenost alkoholikovega značaja videz velike pokvarjenosti in hudobije, vendar ni to. Je le bolezenska posledica alkoholizma.

S poznavanjem delovanja in škodljivih učinkov nealkoholnih PAS bi danes brez večjega tveganja za zmoto vse navedeno lahko pripisali tudi zasvojenim z njimi.

Za spremenjeno – odvisniško vedenje zasvojenih je značilno veliko poželenje po alkoholnih pijačah ter slaba kontrola notranjih impulzov. Pričakujejo in zahtevajo takojšnjo zadovoljitev svojih potreb, npr. sprostitev, občutek ugodja, spremembo negativnih čustev, kar pa jim alkohol omogoči v najkrajšem času. (Židanik, Čebašek Travnik 2003: 29) Tudi tem navedbam lahko potegnemo vzporednice pri zasvojenosti z nealkoholnimi PAS.

Človekovo osebnost oblikujejo različne osebnostne lastnosti. V treznem življenju običajno kažemo dobre in bolj ali manj uspešno prikrivamo slabe. Za vzdrževanje take slike je potrebno precej psihične energije. Naša vest, naš moralni jaz, ki zahteva tako vedenje, pa se v alkoholu »utopi« oziroma v procesu razvoja zasvojenost izgublja svojo moč. Važnejše kot igranje vloge dobrega, poštenega, treznega človeka, ki zahteva precej psihične energije,

postane iskanje možnosti, kako priti do alkohola. Na tej stopnji prično prihajati na površje osebnostne poteze, ki so bile prej varno skrite v notranjosti, zato so pogosta močna nihanja človekovih odločitev in vedenja. Ko pri sebi opazi, da te lastnosti prodirajo na površje, se jih ustraši in hitro prikrije, vendar le do naslednje pivske epizode.[6]

Človek, ki je zasvojen, začne zaostajati za vrstniki oziroma za tem, kar bi lahko dosegel trezen, tako na področju materialnega napredka kot osebnostnega razvoja. V osebnostnem razvoju nazaduje do stopnje otroka, v obdobje brez prevzemanja odgovornosti, v stanje, ko hoče biti središče dogajanja. Ko je opit, ga ne bi smelo nič in nihče motiti, vsi bi morali skrbeti za njegovo ugodje in zadovoljevanje njegovih potreb. Njegov moralni jez, njegova vest mu v začetku še zbuja občutke krivde, še čuti ljubezen do bližnjih, kasneje pa ta čustva pomenijo oviro na poti do alkohola, zato se jih nauči izrivati. Navzven še lahko kaže močne čustvene odzive, ki pa niso več pristni, saj pristnega veselja, žalosti in drugih čustev zaradi čustvene otopelosti ne čuti več.

Ob soočanju s številnimi zgodbami zasvojenih lahko razvoju bolezni potegnemo vzporednice s počasnim samomorom, ki ga brez pravega pristopa in znanja moremo le nemo opazovati. Konec boleče zgodbe pa so statistični podatki o odstotkih zasvojenih med dejanskimi samomorilci. Ta znaša po podatkih svetovne in domače literature vsaj 25 odstotkov. Do samomora kot ključnega dejanja alkoholika običajno pride v obdobju pitja, socialne izolacije in drugih socialnih in zdravstvenih težav. Žmitek (1998) v svoji razpravi navaja, da je v polovici primerov prišlo v letu pred samomorom do izgube tesnega čustvenega odnosa, predvsem zaradi posledic zasvojenosti.

Grožnja s samomorom je pri marsikaterem zasvojencu oblika manipulacije z okolico, znano pa je tudi, da se človek v stanju malodušja in obupa pogosto opije, da se opogumi in naredi samomor. Okrog 600 Slovencev letno umre zaradi samomora in po nekaterih podatkih je med njimi kar tretjina opitih.

Navedene spremembe vedenja in čustvovanja so značilne za vse vrste zasvojenosti, vendar se njihova intenzivnost razlikuje od posameznika do posameznika. Poleg primarnih osebnostnih

[6] Nekdo, ki je varčen, postane ob odvisnosti skopuški in družini ničesar ne privošči. Ob streznitvi in prebuditvi moralnega jaza pa postane razsipniški, otrokom kupuje stvari, ki jih ne potrebujejo, npr. sladkarije namesto nujno potrebnih oblačil. Na ta način skuša kupiti njihovo ljubezen, vendar jih le še bolj zbega, ker njegovega ravnanja ne razumejo. (Židanik, Čebašek travnik 2003: 29)

potez zasvojenca so odvisne tudi od tega, kako daleč na poti bolezni odvisnosti se človek nahaja.

Socialne motnje

Posledice zasvojenosti posameznika najprej čutijo njegovi najbližji znotraj družine, šele nato sodelavci, prijatelji in drugi. Ramovš (1981) že več kot pred četrt stoletja piše o nujnosti družinskega zdravljenja alkoholizma, kar utemeljuje z naslednjimi dejstvi:

- posledice se najprej poznajo na družini, na alkoholiku so lahko dolgo neopazne in nepomembne v primerjavi z družinskimi;
- kaj je alkoholizem, najprej odkrijemo v družini – če iščemo resnico o alkoholizmu na alkoholiku ali kje drugje, npr. na delovnem mestu, se bomo dolgo slepili;
- samo v družini se je vredno spoprijeti z alkoholizmom, vsi drugi poskusi zdravljenja so se v glavnem izjalovili.

Z njegovimi ugotovitvami se še vedno lahko strinjamo. Družina mora prva reagirati na negativne posledice škodljive rabe alkohola, da lahko še naprej opravlja svoje pomembne funkcije, kot so zagotovitev ekonomskega funkcioniranja in emocionalne varnosti. (Auer 2002:114)

Ko je v družini vsaj en član zasvojen s katero koli PAS, lahko govorimo o *odvisni družini.* Kot so heterogeni zasvojenci, so heterogene tudi družine z zasvojenim članom. Stanje v družini je odvisno tudi od obdobja zasvojenosti, v katerem se ta član nahaja, kljub temu pa imajo nekaj ključnih skupnih lastnosti. V priročniku Sindrom odvisnosti od alkohola (2003) avtorja navajata naslednje:

- *zamenjava prednostnih nalog* – odvisna oseba porabi vedno več časa za iskanje priložnosti za pitje, ob tem pa ji zmanjka časa za družino. Tako zasvojen oče le od daleč spremlja otrokov razvoj, zaskrbljeno in preobremenjeno ženo, ali pa jih sploh ne opazi več. Za zasvojene matere je v začetku značilno pretirano zatekanje k gospodinjstvu in zanemarjanje čustvenih stikov z otroki, kasneje pa ji zmanjka časa tudi za to;

- *spreminjanje vrednot* – v družini se udomači nepoštenost, vse od majhnih do velikih laži in skrivnosti. Prva med njimi je običajno zanikanje pijanosti, kasneje zasvojenost in vsakovrstno nasilje v družini postanejo skrbno varovana skrivnost. Ta vzorec vedenja prevzamejo vsi družinski člani. Prikrivanje resnice in laganje sčasoma povsem obvladajo odnose v družini. Njenim članom jemljejo moč za učinkovito reševanje problemov, hkrati pa omogočajo razvoj delikventnega vedenja ter pogosto vodijo v tragedije in kriminal;

- *opuščanje odgovornosti* – sprva je opazno le pri zasvojenem, nato tudi pri ostalih družinskih članih. Čeprav lahko pri otrocih v začetku opazimo pretirano odgovornost, sčasoma prevlada vedenjski vzorec zasvojenega – izogibanje odgovornostim in zadolžitvam. Najprej se poslužijo laži, kasneje se pričnejo umikati iz domačega okolja. Največkrat vso odgovornost na svoja pleča prevzamejo partnerji zasvojenega, nemalokrat pa se tudi ti vse pogosteje zadržujejo zunaj doma;

- *izkušnja prezgodnjih izgub* – v primeru prestajanja zapornih kazni, rejništva otrok, namestitev v vzgojne zavode, ali zdravljenja zasvojenih v psihiatričnih bolnicah so izgube le začasne. Vse prepogosto pa so te trajne ob prezgodnji smrti zasvojenih. Posebno vrsto izgub pomenijo prezgodnji odhodi iz družine – beg od doma, ločitev, zgodnja nosečnost pri otrocih, ki upraviči odhod iz družine, ali pa izbor šole in službe daleč od doma;

- *razvoj odvisniškega vedenja pri drugih družinskih članih* – vsi družinski člani so kandidati za razvoj katere koli vrste zasvojenosti. Partnerji zasvojenih si stiske pogosto lajšajo s pomirjevali, otroci pa od odvisne osebe »prejemajo dovoljenje« za rabo PAS.

Da bi družina kljub mnogim tegobam, ki jih prinaša zasvojenost, »preživela«, se nanjo prilagodi. Pogosto opazimo odvisnost kot trajno lastnost družin skozi več generacij. Značilna zanje je nekakšna vdanost v usodo in prepričanje, da se ne da nič spremeniti. Prilagoditev na zasvojenost postane tako popolna, da pomeni za družino manjši stres kot pa bi ga zdravljenje. Družinski člani zasvojenemu pomagajo prikrivati bolezen, ga zagovarjajo pred sorodniki, znanci, sodelavci in mu na ta način pomagajo vzdrževati odvisnost samo. Tudi znotraj družine se pozornost usmerja od zasvojenosti kot bistvenega problema k njenim posledicam – neurejenim partnerskim odnosom, problemom z otroki ipd. V družini se zaradi spremenjenega prevzemanja odgovornosti vzpostavi in trdno zakorenini novo družinsko ravnotežje, ki ga je celo po zdravljenju težko porušiti.

Auer (2002) opisuje štiri obdobja družine z odvisnikom:

- *prodromalno obdobje* – ostali družinski člani so do odvisnega ambivalentni. Njihova naklonjenost se menjava v skladu z njegovim obnašanjem. Zaradi nemoči, bojazni in obrambnih mehanizmov pred problemom zapirajo oči in ga skušajo prikrivati, dokler gre. Sčasoma se izolirajo pred znanci, prijatelji, sorodniki, ne hodijo v družbo, kjer se pije in na ta način poskušajo pitje nadzirati. Zaradi neuspešnega prigovarjanja, prošenj, očitkov, s katerimi ne dosežejo prekinitve pitja, so se primorani soočiti s kaotično situacijo. Prične se spreminjati sistem družinskih vrednot;

- *kritično obdobje – obdobje izločitve* – družina po krajšem ali daljšem obdobju napetosti in sporov zasvojenega izloči iz družinskega sistema. Pride do prerazporeditve dolžnosti in odgovornosti. Partnerja se odtujujeta, družina se prične razgrajevati. V tem obdobju so pogoste razveze (v približno polovici družin s problemom zasvojenosti enega od partnerjev), še več pa je groženj zasvojenemu z njimi. Veliko je tudi nesreč pri delu in v prometu ter bolezni zasvojenega člana;

- *obdobje dezorganizacije* – člani družine so vedno bolj izčrpani in emocionalno odtujeni. Menjava vlog in razgradnja naklonjenosti je popolna. Prihaja do pogostih in hudih sporov, nasilja, zanemarjanja ali zlorabe otrok in finančnih problemov;

- *kronično obdobje* – zasvojeni je običajno že tako psihoorgansko spremenjen, da zahteva le še veliko nege. Če je bil prej fizično nasilen, sedaj tega ne zmore več in tako povzroča manj problemov.

Potek razvoja bolezni odvisnosti ni premočrten, prej bi lahko rekli, da poteka v spirali, z vmesnimi vzponi in padci. Nihče ne pije vedno enako. Med posameznimi pivskimi obdobji so še krajša ali daljša obdobja abstinence ali zmernega pitja. Tako odvisna družina niha med »suhimi« in »mokrimi« obdobji.

Pogost spremljevalec zasvojenosti je nasilje v družini, ki zaradi že opisane dinamike odvisnih družin največkrat ostane neodkrito. Pod pojem nasilja sodi tako psihično kot fizično nasilje, grožnje, spolne zlorabe ipd. Pri tem imajo pomembno vlogo, poleg osebnostnih motenj in psihoorganske oškodovanosti zasvojenega, tudi psihodinamski dejavniki, kot sta reakcija na očitke in zavedanje krivde.

Če zasvojenec pogosto zmerja, žali ali je tudi fizično nasilen, živijo ostali člani v nenehnem strahu pred njim. V odvisnih družinah so spolno nadlegovanje in zlorabe otrok dvakrat pogostejše kot v ostalih družinah. Otroci so se v sporih med staršema prisiljeni postaviti na stran enega ali drugega, njihovo negotovost pa povečujejo še odvisnikova izrazita nihanja razpoloženja. Auer (2002) pravi, da je izmenjavanje agresivnosti in umirjenosti sploh eno najnapornejših doživetij v življenju z odvisnikom. V te otroke se zaleze hud strah, ki se kasneje v življenju odraža v vseh oblikah anksioznih motenj, tudi socialnih fobij, nestabilnosti in pomanjkanja samozavesti. Deklice zgodaj začno spolno živeti, kar je posledica iskanja topline in naklonjenosti, kar 80 % samomorilcev med mladimi pa izhaja iz odvisniških družin. Pri fantih se pogosto razvijejo neprilagodljivost, kljubovalnost, prestopništvo, eksplozivnost, manipulativnost ali nasilnost, eni in drugi pa mnogokrat stopijo na pot zasvojenosti, čeprav so se v mladosti zaklinjali, da nikoli ne bodo kot pijan oče oziroma mati.

Delovno okolje ima poleg družine osrednji pomen za človeka v sodobni družbi. Ne le, da na delovnem mestu preživimo skoraj tretjino svojega časa, temveč smo od službe tudi ekonomsko odvisni. Posledice zasvojenosti se kot škoda zaradi slabše učinkovitosti odražajo tudi tu, čeprav zasvojenost dolgo ni tako očitna, da bi bodla v oči.

V začetku razvoja bolezni so delavci še posebej marljivi in prizadevni. Zaradi mnogih težav doma, strahu pred izgubo zaposlitve in občutkov krivde, povezanih z omamljanjem, se skušajo vsaj na delovnem mestu čim bolj izkazati. Ne glede na njihov trud pa prej ali slej stopijo v ospredje negativni učinki alkohola na delovno sposobnost. Zaradi nekritičnosti, ki jo izzove alkohol, in lažnega občutka moči, se človek, ki je pod vplivom alkohola, počuti močnejšega in celo misli, da bolje opravlja svoje delo, kot če je trezen. Med ljudmi je tudi razširjeno mnenje, da alkohol daje moč za delo, da »krepi« kri oziroma stopnjuje umetniško ustvarjalnost. Resnica je ravno nasprotna, saj zmanjša delovno sposobnost in moč ter prizadene razumske funkcije. Z vrsto znanstvenih raziskav na mišicah je dokazano, da že najmanjša koncentracija alkohola v krvi zmanjša mišično moč in podaljša reakcijski čas. (Alkoholizem za interno rabo 2000)

Za alkoholike je značilno, da v začetku popivajo izven delovnega časa, če pa se je že razvila telesna odvisnost in posledično jutranji tremor rok, ga ublažijo s pitjem pred službo ali s pitjem skrivaj. Še vedno se v nekaterih delovnih okoljih pije – proslavlja med delovnim časom, čeprav res manj, kot pred leti, nič bolj pa niso pozorni na skoraj neviden razvoj

bolezni odvisnosti pri delavcih. Zaradi velike razširjenosti pitja in uživanja drugih PAS, zlasti pomirjeval, je okolje zelo strpno do zasvojenih vse dokler ne povzročajo večjih težav ali kako drugače izstopajo. Manj strpnosti je le do uživalcev prepovedanih drog. Zaradi nekoliko bolj kritičnega odnosa do pitja na delovnem mestu v zadnjih letih ugotavljamo, da skušajo zasvojeni jutranje abstinenčne težave vse pogosteje blažiti s pomirjevali.

Kljub naštetemu je po raziskavah 40 % smrtnih nesreč in kar 47 % poškodb na delovnem mestu ter 60 % težav v smislu slabše delovne sposobnosti in natančnosti, povezanih z zlorabo alkohola. Posamezniki, ki jim pitje že škodi ali pa so odvisni od alkoholnih pijač, zaslužijo med 1,5 in 18,7 % manj od svojih kolegov, glede na starost in spol. Izostajanje iz službe je 3,8 do 8,3-krat večje od povprečja oziroma 16-krat večje kot pri tistih, ki alkohola ne zlorabljajo in od njega niso odvisni. V bolniški stalež se zatekajo trikrat pogosteje kot ljudje, ki z alkoholom nimajo težav. (Židanik, Čebašek Travnik 2003: 34–35)

Kakor koli pogledamo na navedene podatke, vidimo, da zasvojenost prinaša velike izgube delodajalcem, da pomenijo veliko finančno breme državi, še najbolj pa so prizadete družine zasvojenih ter njihov socialno ekonomski status. Pogosto se zaradi vse večjih izdatkov za omamne substance na eni, in posledično z njihovim uživanjem in izgubo službe na drugi strani, znajdejo na robu družbe in na robu preživetja. Če temu dodamo še kaotičnost medsebojnih odnosov v družini sami, postane slika še bolj tragična.

Preplet posledic zasvojenosti je kot klobčič brez konca. Težko si je človeka, ki se zapleta v to bolezen, predstavljati za volanom, pa vendar zasvojeni vozijo. Največkrat se ne zavedajo niti telesnih okvar, ki hromijo njihove sposobnosti, nujno potrebne za varno vožnjo, še manj pa psihičnih. Koliko voznikov, ki se borijo z osebnostnimi in socialnimi motnjami, do katerih jih je privedlo dolgotrajno uživanje katere od PAS, vsakodnevno srečujemo na cesti, najbrž ne bomo nikoli izvedeli. Čeprav na prvi pogled te motnje morda ne kažejo neposredne zveze z varno vožnjo, pa gotovo motijo koncentracijo in pozornost voznikov.

1.4.3 Zasvojeni in cestnoprometni prekrški

Eden ključnih problemov, povezan z uporabo alkohola, torej tudi z zasvojenostjo, so prometne nesreče. Statistični podatki kažejo, da je približno vsaka tretja smrtna žrtev prometnih nesreč v Evropski uniji posledica rabe alkohola, kar pomeni približno 17.000 smrtnih žrtev letno. Zaradi posledic prometnih nesreč, v katerih so sodelovali alkoholizirani udeleženci, smo imeli v Sloveniji od leta 1991 do 2005 za 1,3 milijarde evrov škode, umrlo pa je več kot 1.700 ljudi. Alkoholizirani udeleženci so povzročitelji 33 % nesreč s smrtnim izidom, 24 % nesreč s hudimi telesnimi poškodbami in 9 do 12 % nesreč z materialno škodo. (Ministrstvo za zdravje. Avgust 2009)

Pitje alkoholnih pijač oziroma uživanje drugih PAS pomeni veliko tveganje za varnost cestnega prometa. Pri vožnji pod vplivom alkohola ali nealkoholnih PAS, gre za dve dimenziji:

- stanje udeleženca v prometu pod vplivom PAS,
- zasvojenost s PAS.

Kljub temu, da je alkoholizem v današnjem času že dobro raziskan pojav, delež zasvojenih kot kršiteljev cestnoprometnih predpisov ali povzročiteljev prometnih nesreč ni jasen, ker zasvojenost preprosto enačimo s prekomernim uživanjem PAS. Tudi vse analize, opravljene na področju prometne varnosti, ločijo le voznike pod vplivom PAS ali trezne in »čiste« voznike. Statistika, kjer je ugotovljeno, da je 6,2 odstotka nezgod posledica alkoholiziranosti, upošteva le tiste nezgode, pri katerih je bilo z ustreznimi napravami na kraju dogodka in laičnim ocenjevanjem obnašanja udeležencev ugotovljeno, da je alkoholiziranost najpomembnejša okoliščina. Ob upoštevanju dogodkov, pri katerih je bila alkoholiziranost voznika spremljevalni dejavnik, se po podatkih Ministrstva za notranje zadeve ta delež poveča na 16,2 odstotka. Po ocenah strokovnjakov naj bil ta delež precej višji, celo med 25 in 30 odstotki. (Bilban, Jakopič 1997)

Vožnja pod vplivom PAS pomeni eno najnevarnejših posamičnih oblik nediscipline v prometu. Zasvojenost je s tem pojavom tesno povezana.

Sindroma odvisnosti od alkohola ni enostavno diagnosticirati. Diagnoza temelji zgolj na znakih, naštetih v sami definiciji bolezni: redno in prekomerno pitje alkoholnih pijač,

odvisnost in posledice. Tveganje v prometu tako poleg trenutne opitosti pomeni tudi spremenjena osebnost alkoholika.

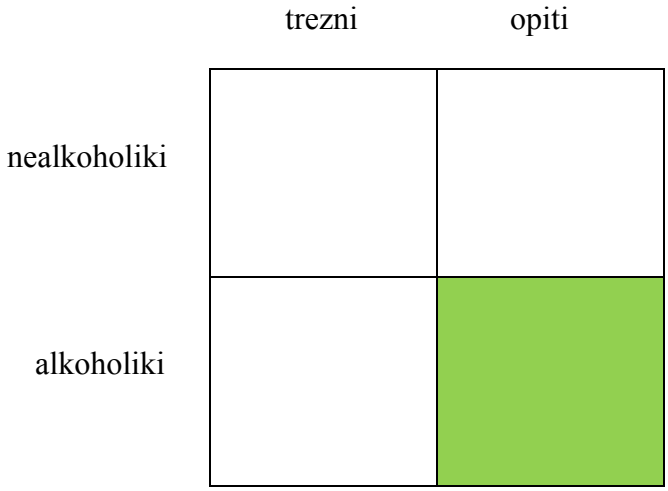
Alkoholik ima dolgoletno izkušnjo o vplivu alkohola, zato se pogosto prilagaja stopnji lastne »pijanosti«. Ko se pri njem razvije telesna odvisnost, mora biti trajno pod vplivom alkohola. Tak voznik ima koncentracijo alkohola v krvi vedno višjo od tiste, ki jo zakon tolerira. Če je ne bi imel, bi pri njem nastopili abstinenčni znaki, zaradi katerih sploh ne bi bil sposoben za vožnjo. Tako alkoholik, ki abstinira, zaradi psihičnih in somatskih motenj – odtegnitvenih znakov, sploh ne more voziti, če pa pije, postane pri vožnji nevaren. (Jakopič 1982)

Z namenom ugotovitve deleža alkoholikov med vozniki, kršilci cestnoprometnih predpisov, je bila opravljena raziskava (Jakopič 1982) iz katere povzemam nekaj najbolj zgovornih podatkov:

- iz vzorca 203 kršilcev takratnega 152. člena ZTVCP[7] je bilo na podlagi razdelitve s standardizirano oceno na alkoholike in nealkoholike diagnosticiranih 41,38 odstotkov alkoholikov (37,93 odstotkov je bilo nealkoholikov, pri 20,69 odstotkih pa je ostala diagnoza nejasna);
- v celotnem vzorcu je bilo 36,45 % povratnikov, od tega 63,10 % med alkoholiki, 7,79 % med nealkoholiki in 35, 71 % v diagnostično nedefinirani skupini;
- med alkoholiki so večkratni povratniki, med nealkoholiki pa ni bilo nobenega;
- alkoholiki so navedli pomembno večje število obravnav pri sodniku za prekrške in tudi pomembno večje število takih obravnav, ki so bile v zvezi s pitjem alkoholnih pijač.

Jakopič (1982) piše, da je promet dejavnost, v kateri se demaskira neustrezno ravnanje in reagiranje posameznikov, ki so pod vplivom alkohola. Med njimi so nekateri alkoholiki, drugi pa nealkoholiki. Voznike deli takole:

[7] ZTCVP – Zakon o temeljih varnosti cestnega prometa – primerljiv je s 129. in prvim odstavkom 130. člena sedaj veljavnega ZVCP. Določa, kdo je pod vplivom alkohola (nad 0,5 ‰) in našteva kategorije voznikov, pri katerih je prepovedano uživanje alkoholnih pijač.



Desna dva oziroma spodnja dva kvadranta predstavljajo tri problematične kategorije voznikov, glede na alkohol in alkoholizem. Le levo zgoraj so, v zvezi z alkoholom, neproblematični vozniki. Desna dva kvadranta pomenita začasno nezmožne za vožnjo, spodnja dva pa nesposobne za vožnjo po Pravilniku o zdravstvenih pogojih, ki jih morajo izpolnjevati vozniki motornih vozil.

Vozniki, ki vozijo pod vplivom alkohola, so nevarni vozniki. Koliko med njimi je v nekem trenutku alkoholikov, ni znano, znano pa je, da alkoholiki-vozniki v celoti pogosto vozijo pod vplivom alkohola. Ravno ti vozniki so tisti, ki propagirajo vožnjo pod vplivom alkohola, saj so osnovni nosilci alkoholne kulture, jedro, okoli katerega se zbira »podmladek«, meni Jakopič. (1982) Na splošno velja, da alkohol ne spada v promet, velja pa mnenje, da malo lahko popiješ, kar odobrava celo zakon.

Kljub nameri novega Zakona o varnosti cestnega prometa (2004), da bosta strog točkovni sistem in grožnja prenehanja veljavnosti vozniškega dovoljenja zmanjšala število opitih voznikov, oziroma da se bo zmanjšal vsaj delež tistih, ki vozijo pod vplivom koncentracij alkohola, ki pomenijo absolutno nesposobnost vožnje, se to ni zgodilo. Povprečna koncentracija alkohola v izdihanem zraku povzročiteljev cestnoprometnih prekrškov in nezgod se je po njegovem sprejetju celo povečala. (Bilban 2005)

Ob upoštevanju spoznanj s področja alkohologije in zakonitosti zasvojenosti kot bolezni, vemo, na katere skupine voznikov sedanja zakonodaja lahko vpliva in kdo so tisti, ki so dokaj imuni za njena prizadevanja.

Z najvišjimi koncentracijami alkohola v krvi, zaradi povečane tolerance, vozijo zasvojeni. Ker je to skupina voznikov, ki zaradi narave bolezni, pije kljub temu, da se zaveda škodljivih posledic pitja, je kazni ne »streznijo«.

Posledice zasvojenosti z alkoholom ali drugimi PAS so vidne na vseh področjih življenja. Alkoholik je tekom razvoja bolezni običajno zaostal za vrstniki. Če še ima službo, so to največkrat manj plačana delovna mesta, družina je v razsulu. Pogosto vozi opit, ker ve, da je trezen pri vožnji še bolj nezanesljiv. Zaradi visoke tolerance ne more predvideti, koliko sme popiti, da bo koncentracija alkohola v krvi pod zakonsko dopustno mejo 0,5 ‰. Ker je vajen voziti ob prisotnosti alkohola, se mu mnogokrat nič ne zgodi. Dobi občutek, da alkohol ne zmanjšuje njegovih sposobnosti za vožnjo. Ali pa … Ustavijo ga policisti in napiha več kot 0,5 ‰. Dobi koncentraciji alkohola ustrezno število kazenskih točk in obvestilo o prekršku oziroma višini globe. Te po ZVCP-1, glede na koncentracijo alkohola, znašajo od 180 do 950 evrov za kategorije voznikov, ki imajo dovoljeno koncentracijo do 0,5 ‰, in od 150 do 800 evrov za tiste, ki smejo voziti pri koncentraciji 0,00 ‰ alkohola v krvi.

Tabela 5: Višina globe in število kazenskih točk, glede na koncentracijo alkohola v krvi

Koncentracija alkohola v krvi	Višina globe	Število kazenskih točk
do 0,5 ‰ [8]	180 €	3
od 0,5 ‰ do vključno 0,8 ‰	450 €	7
od 0,8 ‰ do vključno 1,1 ‰	570 €	9
več kot 1,1 ‰	najmanj 950 €	10 + prepoved vožnje motornega vozila

[8] Če ima voznik do vključno 0,5 ‰ alkohola v krvi in kaže znake motenj v vedenju, katerih posledica je lahko nezanesljivo ravnanje v cestnem prometu.

Kaj navedeni zneski pomenijo za družinske prihodke alkoholika, si lažje predstavljamo ob primerjavi vrednosti minimalne bruto plače za mesec julij 2009, ki znaša 589,19 €, kar pomeni približno 400 € neto.

Predpisana globa in kazenske točke ali razbita pločevina so le blažje posledice za vožnjo pod vplivom alkohola. Bolj boleče so posledice s poškodovanimi ali celo mrtvimi udeleženci prometnih nesreč. Kako se zasvojeni spopadajo z njimi, se razlikuje od primera do primera.

1.4.4 Socialnoekonomske posledice kršitev cestnoprometnih predpisov

Jakopič (1982) nezadržno propadanje alkoholika razloži z dvema mehanizmoma: z alkoholikovo aktivno obrambo in nesposobnostjo okolja, da ga usmeri v zdravljenje. Alkoholik dolga leta ne čuti potrebe po pomoči, ker mu učinek alkohola blokira sisteme, ki ga opozarjajo na zgrešenost njegovega življenjskega sloga. Hkrati sproti oblikuje mehanizme, s pomočjo katerih obdrži svoj vedenjski stil. Razvoj njegovih deformacij je počasen, zato mu uspeva, da se okolje nanj sproti adaptira, splošno sprejeta načela alkoholne kulture pa mu pri tem nudijo oporo. Alkoholna kultura ni identična gostilniškemu vedenju, ki v širši družbi vendarle nima podpore. To so tista načela alkoholikov, ki jih družba sprejme kot splošno veljavna. Mednje sodi tudi, da je nekdo kaznovan za vožnjo pod vplivom alkohola, ker je pač imel smolo. Problem v bistvu ni v tem, da tako misli sam kršilec, temveč v tem, da se z njim strinjamo, češ, vsakega lahko doleti. Prav zaradi podobnega razmišljanja alkoholik dolgo na svoji poti razvoja bolezni ne odstopa od povprečja. Kljub temu v določenih fazah dekompenzira in takrat bi ga bilo možno začeti zdraviti. Žal je v tem stadiju okolje pogosto še dovolj tolerantno in ga ne podpre oziroma ne usmeri v zdravljenje. Če ga tudi družina, ko odpove na tem področju, ne usmeri v zdravljenje, je naslednji alarm dekompenzacija v družbi. Žal je v primerih, ko alkoholika v zdravljenje prisili sodišče, ker je storil kaznivo dejanje, prognoza že precej neugodna.

Iz navedenega lahko povzamemo, da bolj kot je okolje tolerantno do motečega vedenja alkoholika, manj ima ta možnosti, da bo usmerjen v zdravljenje. Velja tudi obratno. Bolj občutljivo okolje bo prej reagiralo, vendar pa zgolj zahtevnost družbenih norm in občutljivost

družbe alkoholikov še ne bo usmerjalo v zgodnejše zdravljenje. Visoke norme imajo same po sebi za posledico le zvišanje stopnje represije, ta pa zasvojenih ne more niti socializirati, še manj pa jih rešiti zasvojenosti. Poleg netolerantnosti družbe do motenj, ki jih povzročajo zasvojeni, je nujna še večja splošna osveščenost v družbi o zasvojenosti kot bolezni, hkrati pa je nujen obstoj uspešnih programov zdravljenja.

Jakopič že leta 1982 razmišlja, da bi morda imeli boljšo prognozo alkoholiki brez kriminalne preteklosti, ki bi bili usmerjeni v zdravljenje zaradi kršitve prometnih predpisov, zlasti zaradi vožnje pod vplivom alkohola, ki bi mu danes lahko dodali tudi nealkoholne PAS. Žal zakonodaja s področja varnosti cestnega prometa še vedno ne nudi ustreznih vzvodov za zgodnejše usmerjanje zasvojenih v zdravljenje. Prepogosto čakamo na tragedije in potem obsojamo. Voziti motorno vozilo pod vplivom PAS je kaznivo, biti zasvojen pa ne. Omenjena pojma in pojava se v vsakdanjem življenju tesno prepletata in zgolj z represijo niti prvega, niti drugega ne moremo rešiti. Smiselno bi bilo represivne ukrepe tako naravnati, da bi zasvojene usmerjali v zdravljenje, namesto da jih s pretnjo visokih kazni usmerjamo na stranske, nič manj nevarne ceste. Uspešno zdravljenje reši probleme tudi v drugih, ne le prometnem sistemu. Pozitivni učinki se kažejo tako na področju zdravja, družine, dela, socialno ekonomskega statusa idr.

Težko si predstavljamo, kaj za alkoholika in njegovo družino pomeni obveznost plačila globe 950 € za enkratno kršitev cestnoprometnih predpisov. Ob upoštevanju dejstva, da so alkoholiki pogosto tudi povratniki, je predstavljivost še težja. Alkoholik kljub temu sam ne more prenehati s pitjem, saj se je pri njem razvila bolezen odvisnosti. Ko bo nabral dovolj kazenskih točk (18 ali voznik začetnik 7), mu bo sodišče izreklo prenehanje veljavnosti vozniškega dovoljenja, kar pa je za današnjega človeka hud udarec, ki ga lahko privede v še večjo stisko. Če te situacije nihče iz alkoholikove »okolice« ne bo uporabil kot ugodne za motivacijo za zdravljenje, bo vozil brez dovoljenja, morda po stranskih cestah ali pa si bo kako drugače organiziral življenje. Gotovo je eno: krivde za odvzem dovoljenja ne bo prevzel nase. Valil jo bo na pristranske policiste, okvarjen alkoholometer, smolo ipd. Ker ni sposoben uvida v lastno početje in posledice, in zaradi razvite telesne odvisnosti, zagotovo ne bo prenehal s pitjem, razen redkih izjem, pa še to običajno le za krajši čas.

Večina ljudi ima še vedno predstavo, da alkoholizem ni medicinski problem. Do tega zaključka pridejo s preprostim sklepanjem, ki ga Jakopič (1982) povzema: »Alkoholiku

poskušajo dopovedati, naj ne pije, saj je ta njihova želja ali celo zahteva povsem logična. Potem pa ugotovijo, da je njihovo prizadevanje zaman. Ko iščejo razloge za neuspeh, ugotovijo, da alkoholik razume, kar mu govorijo, da je za to dovolj bister in urejen. Ker pa še naprej to počne, to dela iz hudobije!« Šele ko alkoholik na svoji poti postane očitno bolan, postane predmet medicinskega gledanja. Ljudem iz njegove okolice se končno le zazdi, da mora biti z njim nekaj narobe. Morda se jim celo zasmili, saj je sedaj že več kot očitno, da si dela hudo škodo. Pogosto ga šele na tej stopnji usmerijo v zdravljenje.

Alkohologi danes ugotavljajo, da so zasvojeni vedno bolj bolni: imajo več bolezni odvisnosti hkrati, tem so pridružene tudi druge duševne motnje in/ali telesne bolezni. Mnogi so zaradi spremenjene ekonomske situacije ostali na robu družbe, brez redne zaposlitve ali brez družine. Da ostanejo brez vozniškega dovoljenja, brez avtomobila, morda celo z bremenom krivde povzročitve prometne nesreče pod vplivom PAS, s terjatvijo plačila denarne kazni ali celo z grožnjo odvzema prostosti, so le nekateri dejavniki, ki jih usmerjajo navzdol po poti družbenega propada.

Izven bolnišnične obravnave se z zasvojenimi pogosto srečuje tudi socialna služba, tako pred, kot po zdravljenju. Pred zdravljenjem predvsem zaradi družbenih posledic uživanja PAS, po zdravljenju pa z reševanjem tega, kar je še ostalo zdravega v družinah. Na tej stopnji je zelo pomembno osnovno znanje socialnih delavcev o zakonitostih in značilnostih zasvojenosti kot bolezni.

1.4.5 Ukrep obveznega zdravljenja zasvojenosti

Že pred skoraj tridesetimi leti je Jakopič (1982) s svojo raziskavo želel doseči dvoje:

- poiskati možnosti za zgodnjo usmeritev v zdravljenje tistih alkoholikov, ki zaradi kršenja cestnoprometnih predpisov pridejo pred sodnika za prekrške,
- s tem pa alkoholike tako »izločiti« iz prometa, da postanejo zdravljeni alkoholiki in tako ponovno sposobni za vožnjo motornih vozil.

Avtor raziskave je dokazal, da ustaljena obravnava voznikov, ki vozijo pod vplivom alkohola, ni učinkovita. To trditev potrjuje število povratnikov med kršitelji zakona, saj je med njimi po podatkih raziskave, 71,62 odstotka alkoholikov. Že takrat je predlagal, naj bodo povratniki napoteni na ponoven zdravstveni pregled, da bi se ugotovilo, kateri med njimi so alkoholiki. Ti namreč niso sposobni za voznike motornih vozil, kar pa lahko postanejo po zdravljenju. Obravnava pri sodniku za prekrške bi na ta način »izločala« alkoholike iz prometa in jih usmerjala v zdravljenje, nealkoholike pa naj bi se vključilo v posebne edukativne programe. Tudi danes število alkoholikov med povratniki ni bistveno drugačno. Po raziskavah v Sloveniji jih je med 43 in 72 odstotkov.

Več kot četrt stoletja kasneje si stroka na področju alkohologije še vedno prizadeva razložiti, zakaj višanje kazni ne strezni zasvojenih in opozarja na pomanjkljivosti sedanjega ZVCP. Ta ne omogoča prepoznati zasvojenih med kršitelji, ki vozijo pod vplivom alkohola, in njihovega pravočasnega usmerjanja v zdravljenje. Dolgoletni trud alkohologov in drugih strokovnjakov še vedno ni obrodil sadov. Zakonodajalec še vedno ne upošteva dejstva, da je pravočasna usmeritev zasvojenih v zdravljenje edini način, da se zmanjša verjetnost, da bodo vozili opiti in da bodo poročila na straneh črne kronike manj tragična.

1.4.6 Zdravljenje zasvojenosti

V družbi je malo pobud za usmeritev alkoholika v zdravljenje. Prevladujejo le navidezni ukrepi, ki ga zgolj spremljajo na poti njegovega propadanja in mu jo zagrenijo z najrazličnejšimi represivnimi ukrepi. (Jakopič 1982)

Vse do začetka 20. stoletja je v svetu in pri nas prevladoval moralistični pristop k alkoholizmu. Po njegovih načelih alkoholik pije, ker je moralno manjvredna oseba in je zato upravičeno deležen represivnih ukrepov. V prvi polovici 20. stoletja se je začel pojavljati medicinski model gledanja na alkoholizem, kasneje pa je prevladal družbenomedicinski model. Njegova naloga je urejanje vseh problemov, nastalih v zvezi s pitjem alkoholnih pijač in izhaja iz spoznanj socialne psihiatrije na Hrvaškem. V Sloveniji poteka organizirano zdravljenje alkoholizma šele od leta 1970, ko smo od sosedov prevzeli spoznanja in sistem

dela socialne psihiatrije, tako imenovano Hudolinovo šolo. Že pred tem se je v Sloveniji odvijal boj proti alkoholizmu, vendar v glavnem mimo psihiatrije. Prvenstveno je bil namenjen preventivi, samo zdravljenje pa je bilo prepuščeno medicini. Danes vemo, da je rehabilitiran alkoholik s svojo zdravo družino bistveni element preventive alkoholizma. (Jakopič 1982)

Uspešnega zdravljenja alkoholizma si ni mogoče predstavljati brez urejanja ostalih problemov, vezanih na pitje alkoholnih pijač, kar pa je zelo široko področje.

Razvoj postopkov in programov zdravljenja odvisnosti od alkohola v okviru zdravstva je v Sloveniji v skoraj štiridesetih letih šel skozi različna obdobja. Vsako od teh obdobij je pustilo sled tako v doktrini kot v organizaciji zdravljenja. Današnja podoba zdravljenja odvisnosti od alkohola je plod številnih prizadevanj strokovnjakov, ki so na tem področju dostikrat orali ledino tudi v svetovnem merilu. (Rus Makovec, Čebašek Travnik 2004: 5)

Sistem zdravljenja, ki se danes izvaja v Sloveniji, je plod mnogih nevrobioloških spoznanj, številnih evalvacij zdravljenja, izobraževanj s področja psihoterapije, praktičnih izkušenj vsakdanjega dela z zasvojenimi idr. Lahko rečemo, da je plod preverljivih znanstvenih ugotovitev in klinične prakse. Spreminja se tudi struktura pacientov, ki iščejo pomoč zaradi zasvojenosti, to pa narekuje spremenjene metode in programe zdravljenja. (Rus Makovec, Čebašek Travnik 2004: 5)

Pri zdravljenju odvisnih od alkohola in/ali drugih PAS strokovnjaki vse pogosteje ugotavljajo, da imajo ti še druge telesne in duševne bolezni. Te so npr. telesne posledice pitja ali druge telesne bolezni, uživanje več vrst PAS hkrati, depresivna simptomatika, anksiozne motnje, psihotične motnje, motnje hranjenja ipd. Pri zasvojenih s tako imenovano dvojno diagnozo obstaja večje tveganje za samomorilno vedenje, zaradi pogostejših ponovitev ene ali obeh bolezni pa več socialnih problemov ter daljše in pogostejše hospitalizacije. (Gantar Štular 2004: 35)

Kvaliteta strokovne pomoči na področju odvisnosti je odvisna tudi od prepoznavanja značilnosti posameznih skupin odvisnih in od tega, kako se ljudem iz teh skupin določen program zdravljenja »prilega«. Potrebno je veliko fleksibilnosti in izogibanja rigidnim vzorcem znotraj posameznih programov.

Darja Boben Bardutzky (2004) izpostavlja tri večje specifične skupine zasvojenih, kot so ženske, starejši in mladi. Tem trem skupinam dodaja še »odvisne družine«, ki vedno bolj postajajo subjekti zdravljenja. Iz spoznanj sistemske teorije izhaja, da je, poleg zdravljenja zasvojenega posameznika, v proces zdravljenja smiselno vključiti tudi družino, iz katere ta izhaja. Tak način obravnave bolezni odvisnosti omogoča bistveno drugačen pristop kot individualno zdravljenje zasvojenega. Z zdravljenjem se prične že, ko poišče strokovno pomoč eden od članov prizadete družine, ne glede na to, je to zasvojeni ali kdo od njegovih bližnjih. Po navedbah avtorice so cilji zdravljenja odvisnih družin:

- zmanjševanje in odpravljanje težav, ki so nastale zaradi rabe alkohola ali druge PAS;
- vzpostavitev in vzdrževanje treznosti (abstinence od PAS) pri vseh družinskih članih;
- spremembe v medsebojnih odnosih in spremembe vlog posameznih družinskih članov;
- ustrezno socialno in materialno stanje družine (pomembno za prihodnost otrok).

Ljudje z boleznijo odvisnosti se za zdravljenje odločijo, ko je to nujno, ne, ker je potrebno. Razlogi za tako ravnanje izvirajo iz same narave bolezni. Eden dokazov, da je bolezen odvisnosti bolezen, ne nemoralna navada ali razvada, je, da odvisni ne nehajo uživati alkohola ali druge PAS, čeprav vedo, da jim škoduje. Hkrati gre za bolezen, pri kateri še tako dobronamerni nasveti o prenehanju uživanja škodljive substance ne pomagajo. Govorimo lahko o bolezni zanikanja. Odvisnost od PAS je tako stigmatizirana in nesprejemljiva bolezen, da se ljudje pred bolečino soočenja z realnostjo zaščitimo z obrambnim mehanizmom zanikanja. Ta mehanizem ni zavesten in prav zato racionalno prepričevanje ne pomaga. Ker je soočenje z boleznijo boleče tako za samega odvisnega, kot za njegove bližnje, je zanikanje značilno za vse. Razlog, zakaj dobri nasveti ne pomagajo, je pripisati tudi prilagoditvi odvisnega in njegove družine na bolezen. Šele ko postanejo razmere zares nevzdržne, so pripravljeni tvegati spremembo. Človek z boleznijo odvisnosti se torej odloči za zdravljenje šele, ko obstaja dovolj velik, običajno zunanji pritisk. To je lahko zahteva v službi, resna grožnja prekinitve partnerske zveze, somatske posledice ipd. (Rus Makovec 1997) Bi bil lahko ta zunanji pritisk tudi ne-izdano zdravniško spričevalo, potrebno za pridobitev vozniškega dovoljenja?

V procesu priprave na zdravljenje pomaga, če splošni zdravnik, socialna delavka ali kdo drug, odvisno od zapleta, pozna veščino motivacijskega postopka. Bolniki z boleznijo odvisnosti imajo zelo različna stališča do zdravljenja. Nekateri se sploh nočejo zdraviti, drugi so ambivalentni; radi bi prenehali, pa ne morejo; vedejo se, kot da se nočejo zdraviti; nočejo se zdraviti sedaj, ampak kasneje ipd. (Rus Makovec 1997)

Pri motivacijskih postopkih je izredno pomembno, da se strokovnjak zaveda ideje, iz katere ti postopki izhajajo: (Boben Bardutzky 2004: 59)

- ljudje smo sposobna, odgovorna in notranje motivirana bitja;
- v dejavnost nas žene želja po potešitvi osnovnih potreb, preživetvenih in psiholoških;
- potrebe se transformirajo v naša pričakovanja, predstave, vrednote in ideale; lahko tudi rečemo, da nas potrebe ženejo, vrednote pa privlačijo. Potrebe imamo enake, predstave o njih pa zelo različne. Terapevt ne more vedeti, kaj je dobro za pacienta, če mu ne prisluhne in ga ne upošteva;
- ljudje se spreminjajo, če upajo in verjamejo, da jim bo po spremembi bolje;
- ljudje se lažje spreminjajo, če imajo ob sebi nekoga, ki jih razume, sprejema, verjame vanje in v njihove sposobnosti ter jim stoji ob strani, ko se odločijo za spremembe – tudi ob neuspehu;
- odločitve za spremembe sprejemajo ljudje sami, saj so njihova avtonomna izbira, ki naj bi jo terapevt spoštoval. Terapevt kaže in opozarja na posledice problematičnega vedenja, toda brez vrednotenja;
- terapevt, ki izvaja motivacijske postopke, naj bi obvladal tudi teorijo bolezni odvisnosti.

Razvoj bolezni odvisnosti je proces, ki traja vrsto let, zato je nesmiselno pričakovati, da bi bila obvladana v kratkem času. Maja Rus Makovec (1997) razlaga, da je tudi zdravljenje proces, ki poteka v stopnjah. V določenih zasvojeni sploh ne razmišljajo o spremembah in se upirajo vsaki obliki pomoči. Za intervencije oziroma za motivacijski postopek postanejo dovzetni šele, ko pride do dovolj velikega neugodja zaradi določene spremembe v okolici. Tej fazi lahko sledi poskus spremembe (zdravljenje) ali pa vrnitev v predhodno fazo nedostopnosti. Bolezen odvisnosti je kronična in vključuje bistvena izboljšanja psihofizičnega

in socialnega stanja posameznika, lahko pa, kot vsaka druga kronična bolezen, recidivira. V tem primeru gre za vrnitev v prvotno fazo.

Z zdravljenjem bolezni odvisnosti naj bi dosegli izboljšanje duševnega, telesnega in socialnega stanja posameznika, predpogoj teh sprememb pa je abstinenca od PAS. Vzpostavitev abstinence je torej prvi dosežek v procesu zdravljenja, ki mu sledi proces spreminjanja, saj samo trezni lahko sebe spoznavamo in spreminjamo. Človek, ki je pod vplivom PAS, ki večino treznega časa razmišlja, kako bi prišel do substance, ali pa se ubada z občutki krivde, ne more zbrati dovolj energije za spreminjanje.

Ko odvisni od PAS začnejo abstinirati, lahko doživijo veliko olajšanje in podporo okolja, na drugi strani pa je spremljevalec te faze abstinenčni – odtegnitveni sindrom, depresivno čustvovanje in/ali eksistenčni problemi. Ta negativna občutja v trenutkih treznega soočenja z realnostjo so lahko zelo huda, zato mnogi za ta korak potrebujejo zaščiteno okolje, ki jim ga lahko nudi bolnišnica.

Zdravljenje naj bi odvisnim pomagalo razviti večjo skladnost s samim seboj in z okolico in mu pomagalo osmisliti življenje brez PAS. Oblike zdravljenja so različne glede na potrebe posameznika in glede na fazo, v kateri se je znašel. Poteka lahko najprej ambulanto (ali samo ambulantno), sledi bolnišnično in nato spet ambulantno. Po bolnišničnem zdravljenju se lahko rehabilitacija nadaljuje tudi kot kakšna druga, neinstitucionalna oblika pomoči, bodisi v klubih zdravljenih alkoholikov (KZA), v skupinah anonimnih alkoholikov (AA), skupinah samopomoči idr. Tudi tehnike zdravljenja so različne, od vedenjsko-kognitivnih, psihodinamsko-analitsko usmerjenih, do transakcijske analize, družinske terapije ipd.

V procesu zdravljenja mora vsak posameznik najprej razčistiti s svojim odnosom do PAS, kar najlažje naredi v skupini. Nekateri izmed zdravilnih dejavnikov skupine so:

- altruizem,
- kohezivnost,
- univerzalnost,
- medsebojno učenje,
- vodenje,

- katarza,
- identifikacija,
- preigravanje vlog primarne družine,
- samorazumevanje,
- vnos upanja in
- eksistencialni dejavnik.

Bolezen odvisnosti je tudi bolezen odnosov, ki se je je najlažje lotiti v socialni izkušnji, ki jo omogoča skupina.

Bolniki z boleznijo odvisnosti so zelo heterogena skupina, ki jim pomagajo različne oblike in tehnike zdravljenja. Načini obravnave se razlikujejo tudi od stopnje motivacije posameznika. Pomembno je, da se terapevti zavedajo, da imajo opravka z bolniki, ki so posebej nagnjeni k želji po hitrem, takojšnjem olajšanju. To jim je nudila izbrana PAS, zdravljenje pa je prav tako kot razvoj bolezni, proces. Za lažje razumevanje bo v nadaljevanju podrobneje predstavljen.

Človek je družbeno in socialno bitje, ki lahko funkcionira le v sobivanju z drugimi. Ob njih raste in se razvija, včasih pa tudi nazaduje, propada. Bolezen odvisnosti steguje svoje lovke na vsa področja njegovega bivanja in ga usmeri na pot nazadovanja. Da bi se zasvojeni rešil iz njenega primeža, potrebuje ob sebi ljudi, ki mu stojijo ob strani, ga spodbujajo in mu hkrati držijo ogledalo, v katerem prepoznava svoja neustrezna ravnanja. To ogledalo mu nudi terapevtska skupina, ki je hkrati varno okolje za začetek procesa spreminjanja.

Proces zdravljenja zasvojenosti v Psihiatrični bolnišnici Vojnik

Oddelek za zdravljenje bolezni odvisnosti deluje v sklopu JZ Psihiatrične bolnišnice Vojnik, ki je ena od šestih psihiatričnih bolnišnic v Sloveniji. Zgrajen je bil pred desetimi leti in se nahaja ob osrednji bolnišnični stavbi. Zdravljencem[9] in osebju nudi solidne pogoje za zdravljenje in delo.

Na oddelek lahko sprejmemo 32 zdravljencev. Običajno strukturo sestavlja ena tretjina žensk in dve tretjini moških, vendar smo pri tem precej fleksibilni in se prilagajamo potrebam oziroma morebitnim nujnim intervencijam. Sobe so triposteljne in štiriposteljne, vsaka s svojimi sanitarijami, opremljene pa so v smislu čim večje funkcionalnosti in domačnosti. Zdravljenje poteka v skupinah, za kar imamo na razpolago skupinske sobe in sobo za sestanke terapevtske skupnosti. Poleg teh so na oddelku tudi delovni prostori osebja in skupni prostori, kot so jedilnica, čitalnica, dvorana za kulturne in športne prireditve ter soba za fitnes.

Ves proces zdravljenja je usmerjen k zdravemu načinu življenja, ki vključuje tudi aktivno preživljanje prostega časa. Zdravljenci se lahko sproščajo in rekreirajo v lepo urejenem športnem parku s tenis igriščem, igrišči za košarko in odbojko, ruskim kegljiščem, mini golfom in sprehajalnimi potmi.

V terapevtskem timu pod vodstvom prim. Darje Boben Bardutzky, dr. medicine, specialistke psihiatrije, dela deset članov. To so: psiholog, dve socialni delavki in dve diplomirani medicinski sestri, ki delajo kot terapevti v skupinah, ter štiri srednje medicinske sestre in zdravstveni tehnik, ki zagotavljajo neprekinjeno, 24-urno zdravstveno nego. V tim je vključen tudi delovni inštruktor, ki zdravljence spremlja pri vsakodnevnem vključevanju v delovno terapijo.

Zdravljenje (Barborič, Boben Bardutzky 2000) na oddelku temelji na načelih terapevtske skupnosti ter na principih skupinske obravnave in bolezenskega koncepta odvisnosti. Pri tem redno spremljamo najnovejša domača in tuja spoznanja s področja razumevanja razvoja bolezni odvisnosti in njenega zdravljenja.

[9] Ker oddelek deluje v okviru bolnišnice, katere temeljna dejavnost je zdravstvo, socialno delo pa je gostujoča stroka, bom uporabljala termin zdravljenci, namesto socialnodelavskega izraza uporabniki. Tako tudi dejansko poimenujemo naše paciente oziroma bolnike.

Člani terapevtske skupnosti so hospitalizirani zdravljenci in člani terapevtskega tima. V samo delo skupnosti so vključeni tudi družinski člani zdravljencev, predstavniki centrov za socialno delo, ter nekateri člani delovnih organizacij, v katerih so zdravljenci zaposleni (socialni delavci, kadrovski referenti, neposredno nadrejeni …), ter člani KZA (klubov zdravljenih alkoholikov), AA (anonimnih alkoholikov), ali drugih skupin za samopomoč. Vanje se zdravljenci vključijo že tekom zdravljenja, in sicer v zadnji tretjini.

Terapevtska skupnost se s svojim celovitim programom trudi ustvariti terapevtsko klimo, v kateri se bo lahko vsak zdravljenec soočil z dosedanjim neučinkovitim vedenjem in pričel razvijati nova, učinkovitejša, s katerimi bo bolje zadovoljeval svoje potrebe. Člani terapevtskega tima se zavedajo, da so na pravi poti vedno, ko si prizadevajo, da bi zdravljenec dolgoročno bolje in bolj odgovorno ter ne na račun drugih, zadovoljeval svoje potrebe. Z izbirami, pri katerih bodo njegove potrebe bolje zadovoljene, bo postal bolj samozavesten, notranje mirnejši in bolj zadovoljen s seboj. Navedeno ga bo tudi motiviralo za dolgoročnejše spremembe vedenja. Pri tem zaposleni izhajajo iz znanj s področja teorije izbire.[10]

Terapevtska skupnost daje možnosti za zadovoljevanje: (Boben Bardutzky 1996)

- potrebe po pripadnosti in sprejetosti (enaki problemi, skupno življenje na oddelku, skrb in zanimanje za druge);
- potrebe po uveljavljanju (izobraževanje, opravljanje določenih funkcij, napredovanje, uspehi).

Terapevtska skupnost s spodbujanjem druženja, plesi, petjem, organiziranimi izleti in pikniki, daje tudi možnost zabave in predvsem vsakemu svojemu članu nudi možnost izbire. Posnema življenje izven ustanove, le da brez življenjsko ogrožujočih posledic, z napakami, ki se dajo popraviti.

V okviru terapevtske skupnosti (TS) delujejo tri terapevtske skupine: pripravljalna in dve intenzivni, vsaka z 8 do 12 zdravljenci, terapevtom in koterapevtom. Da bi sledil načelom terapevtske skupnosti in upošteval zdravljenca kot subjekt zdravljenja, je oddelčni terapevtski tim oblikoval posebno organizacijsko strukturo. V njej člani tima vsak dan skrbijo za redno,

[10] *Teorijo izbire* je na osnovi idej Williama Powersa razvil ameriški psihiater in psiholog William Glasser. Teorija temelji na razlagi o smotrnosti slehernega človeškega ravnanja, ki vse življenje z izbiranjem različnih vedenj deluje na svet okoli sebe, zato, da bi ob drugih ljudeh in v različnih situacijah zadovoljil svoje osnovne potrebe.

pravočasno in aktivno vključevanje vsakega posameznika v življenje in delo na oddelku. Člane terapevtske skupnosti se usmerja k odgovornemu, redoljubnemu vedenju, k ustvarjanju pristnih medčloveških odnosov, izpolnjevanju svojih nalog ter skrbi za čistočo in urejenost bivalnega okolja. V času bivanja na oddelku postane skoraj vsak zdravljenec za enomesečni mandat nosilec določene funkcije (predsednik TS, podpredsednik TS, tajnik TS, predsednik oddelčnega KZA, referent za šport, kulturo, delo, higieno, vodja skupine, sobni starešina, dežurni, mentor …). S prevzemom posamezne funkcije dosežejo princip soodločanja in soodgovornosti, kar je zelo pomembno za delo skupnosti in za osebnostni razvoj in potrditev posameznika. Uspešno opravljanje posamezne funkcije vodi k večjemu samospoštovanju, k pridobivanju samozavesti, izgrajevanju bolj pozitivne samopodobe in izboljšanju medsebojnih odnosov s sozdravljenci. Vse navedene dejavnosti so osredotočene na pridobivanje pozitivnih izkušenj z različnih področij življenja.

Male terapevtske skupine se sestajajo vsak delovni dan, s terapevtom, v dopoldanskem času, prav tako pa popoldne, brez terapevta, na tako imenovanih učnih urah. Dvakrat tedensko so organizirani sestanki celotne terapevtske skupnosti, z določenim dnevnim redom, ki se po potrebi lahko tudi spreminja. Terapevtski tim si v zvezi s sklepi terapevtske skupnosti, ki ne bi bili v korist zdravljenja, pridržuje pravico veta, vendar le na podlagi tehtnih argumentov. S hišnim redom, pravilniki in terapevtskim dogovorom je terapevtski tim postavil določene okvire zdravljenja, ki zagotavljajo dobro organizacijo dela, so pa fleksibilni in se na pobudo zdravljencev v določenih točkah lahko spreminjajo. Način dela, prilagojen trenutnim, aktualnim dogodkom znotraj terapevtske skupnosti, je za člane tima zahtevnejši kot vztrajanje pri rigidnih in utečenih vzorcih dela, vendar zdravljencem zagotavlja zadovoljevanje njihovih potreb. Omogoča jim, da odkrito govorijo o določenih problemih, težavah, občutkih, da upajo povedati svoje mnenje brez strahu pred morebitnimi posledicami.

Vsak dan na oddelku se prične z jutranjim raportom, kjer dežurna ekipa in predsednik terapevtske skupnosti poročajo članom tima o dogajanju preteklega dne, konča pa se z večernim raportom. Tu, poleg ugotavljanja prisotnosti, zdravljenci dobijo še kakšne pomembne informacije. Dnevni urniki so sestavljeni tako, da so vsi maksimalno zaposleni in da lahko hkrati zadovoljujejo individualne potrebe.

Sprejem novih zdravljencev poteka po ustaljenem redu. Po opravljenih formalnostih sprejema pri medicinski sestri novinca prevzameta dežurni in predsednik terapevtske skupnosti.

Seznanita ga z oddelkom in hišnim redom, urnikom ter pravili življenja in dela v terapevtski skupnosti. Zdravljenci, ob stalni prisotnosti zdravstvenega osebja, drug drugemu pomagajo prebroditi abstinenčne krize, izmenjavajo izkušnje in se spodbujajo.

Okvirni program zdravljenja traja tri mesece. Zdravljenec je na začetku vključen v pripravljalno skupino, kjer ostane prvo tretjino zdravljenja, kasneje pa napreduje v tako imenovano intenzivno skupino, kjer ostane do zaključka. Po izzveneli abstinenčni krizi, ko zmore trezno razmišljati, podpiše terapevtski dogovor. V času zdravljenja mora izpolniti predvidene formalne pogoje, hkrati pa postopoma prevzemati vedno več odgovornosti zase in za svoje vedenje. Formalni pogoji zdravljenja vključujejo izpit iz hišnega reda, izpit iz teorije zasvojenosti, pisno in ustno uvodno predstavitev, predstavitvi ob prisotnosti svojca in predstavnika delovne organizacije, pisanje nalog, branje od terapevta svetovane literature idr. Namen vsega naštetega je, da se vsak posameznik seznani z boleznijo odvisnosti, prepozna njene značilnosti pri sebi, pridobi uvid v vzroke in posledice lastne zasvojenosti in neustrezne vzorce vedenja. Hkrati si nabira pozitivne izkušnje, se sooča z možnostjo izbire lastnega vedenja in prevzemanja odgovornosti, se uči ustreznejših načinov zadovoljevanja potreb in vzorcev medsebojnega sožitja ter krepi občutek lastne vrednosti.

Program zdravljenja vključuje tudi izlet. Pri njegovi izvedbi so, ob pomoči tima, maksimalno angažirani vsi zdravljenci, od izbire poti in vse do izvedbe. Namen izleta je prav tako pridobiti pozitivno izkušnjo prijetnega, treznega druženja.

Posebnost programa zdravljenja so pikniki s svojci, organizirani v bolnišničnem parku, v enakomernih časovnih intervalih, od pomladi do jeseni. Na osnovi pridobljenih izkušenj so se razvili v prijetno preživete dneve. Poleg rednih izhodov domov ob vikendih, enkrat tedenskega sodelovanja svojcev v programu in zaključnega terapevtskega dogovora v njihovi prisotnosti, pomenijo pomemben kamenček v mozaiku ponovne graditve dobrih odnosov.

Tradicionalna so postala tudi vsakoletna srečanja KZA, AA in drugih skupin, v katere se po zaključeni hospitalizaciji vključujejo naši zdravljenci. Pomembna so z več vidikov. S strokovnega pomenijo redno letno kontrolo velike skupine zdravljenih, ki hkrati utrjuje občutek pripadnosti in motivira za nadaljnjo abstinenco. Z družabnega vidika je pomembno obnavljanje in utrjevanje prijateljskih vezi, navezovanje stikov med skupinami, sklepanje novih poznanstev ipd. Ker so v okviru srečanja organizirane športne igre, pa se spodbuja

zdrav način življenja. Srečanja so timu najboljša povratna informacija o življenju in delu, uspehih in neuspehih ter radostih in pasteh življenja po odpustu.

Terapevtska skupnost oddelka za zdravljenje bolezni odvisnosti v Vojniku je vodena po demokratskih načelih. Delo strokovnega osebja je timsko in dokaj homogeno, temelji pa v prvi vrsti na profesionalnih, a hkrati prijateljskih odnosih. Tim se enkrat tedensko sestaja na timskih sestankih, ki so posvečeni sami organizaciji dela, zdravljencem, strokovnim temam in dilemam, pa tudi izmenjavi mnenj in izkušenj, analizi posameznih stališč, vedenj ipd.

Opisan način delovanja terapevtske skupnosti od članov tima zahteva stalno angažiranost, pripravljenost storiti več kot zgolj formalnosti, spoštovanje in upoštevanje pravil dela TS, spoštovanje sklepov TS, soočanje z lastnimi slabostmi in napakami, točnost, doslednost, odgovornost, fleksibilnost in stalno izobraževanje.

Vloga socialnega delavca pri reševanju problematike zasvojenosti

Na področju zasvojenosti moramo nujno ločiti tri vsebinsko in metodično različne smeri ali delovna področja: preventivo, terapijo in oskrbo. Ramovš (2007) razlaga, da se vsaka od njih napaja iz drugih energetskih potencialov in zahteva drugačno metodiko. Iz tega izhaja, da je vsaka psihosocialna preventiva, terapija in oskrba gotovo neuspešna, če dela po metodiki katere druge smeri.

Delo socialnega delavca na Oddelku za zdravljenje bolezni odvisnosti sodi v delovno področje psihosocialne terapije. Po Ramovšu je to področje »popravljanja okvare« po večji ali manjši nezgodi na duševnem ali socialnem področju – je zdravljenje duše in medčloveškega sožitja po bolezni ali poškodbi. Psihosocialna terapija je vedno odgovor na stisko, ki jo človek dojame in sprejme kot izziv za učenje nove psihosocialne kakovosti življenja, potem, ko je uvidel, da je le ta načeta zaradi neke objektivne težave. Pomeni popravljanje socialnega nereda v urejeno delovanje, psihičnega in socialnega kaosa v urejen psihični in socialni kozmos. Psihosocialno terapijo na področju sociale lahko poimenujemo psihosocialno urejanje.

Če psihosocialno urejanje uspe, naj bi človek po njem funkcioniral na višji ravni, kot je pred nastankom težave in stiske, zaradi katere je bil v terapiji. Ta mora namreč v življenje in medčloveško sožitje človeka vpeljati nove dobre vzorce in z njimi nadomestiti utečene, a neustrezne, slabe, ki so povzročali in vzdrževali socialno problematiko, v našem primeru zasvojenost.

Metodična pot do tega je vedno človeška skupina, v kateri deluje neposreden človeški zgled ter pripovedovanje in poslušanje ustreznih življenjskih izkušenj. Samo ta metoda socialnega učenja ima socializacijsko in resocializacijsko moč. (Ramovš 2007)

Po vsebini bi delo socialnega delavca na omenjenem oddelku lahko razdelili na: (Kozlevčar 2000)

- edukativno,
- skupinsko psihosocialno terapevtsko,
- individualno urejanje socialne problematike.

Edukativno delo – je učenje splošnih zakonitosti alkoholizma in poteka preko različnih aktivnosti. Bistvenega pomena je, da je edukacija sredstvo, s katerim lahko posameznik pride do uvida v lastno odvisnost. Učenju o splošnih zakonitostih bolezni odvisnosti je namenjen precejšnji del terapevtskega procesa. Tehnike učenja se stopnjujejo od terapevtovih predavanj do zahtevnejšega skupinskega učenja (ob prisotnosti terapevta ali brez njega).

Zahtevnejši način učenja je delo v skupinah, kjer se spodbuja konstruktivna komunikacija. Zdravljenci vedo, da terapevt ne bo predaval in da morajo pobudo prevzeti sami. Sami se odločijo za vsebino, ki jih zanima. Teme izbirajo na podlagi osvojenega teoretičnega znanja o zasvojenosti, lastnih izkušenj ter povezave med enim in drugim. Naloga terapevta v teh skupinah je le povzemanje, pojasnjevanje, usmerjanje in spodbujanje, odgovornost za delo in učenje pa prevzamejo zdravljenci sami. Učenje temelji na enako upoštevanih prispevkih in vprašanjih, kjer je sprejeta vsaka zamisel in pobuda. Podpira se lastno razmišljanje, vsak posameznik ima možnost govoriti o sebi, svojih mislih in občutkih, brez strahu pred zasmehovanjem zaradi neznanja ali nevednosti. Trudimo se delati na način, kjer bi vsak posameznik pridobil potrditev o vrednosti lastnega prispevka k delu skupine. Med zasvojenimi je velik delež perfekcionistov, ki le težko prenesejo svoje zmote in napake, kar

jim pogosto pomeni resno oviro v življenju. Na drugi strani pa so posamezniki, ki imajo hude težave pri navezovanju stikov, pri vključevanju v družbo in nasploh pri vključevanju v skupne razgovore. Zanje je še posebej pomembno, da pridobijo pozitivno izkušnjo sprejetosti in vrednosti. Tako imajo učne ure poleg edukativne tudi socioterapevtsko vlogo.

Skupinsko psihosocialno terapevtsko delo – na oddelku delo poteka hkrati v treh skupinah: pripravljalni in dveh intenzivnih. V vsaki delata terapevt in koterapevt, po možnosti kombiniramo medicinski in nemedicinski model (npr. socialni delavec in medicinska sestra, socialni delavec in zdravnik …).

Pripravljalna skupina zajame vse zdravljence, hospitalizirane na oddelku. Časovno je omejena na štiri do šest tednov. V tem času naj bi vsak posameznik prebrodil abstinenčno krizo, se telesno okrepil, preko prvih informacij, predavanj in skupinskih pogovorov pa osvojil nekaj teoretičnega znanja, dosegel vsaj delen uvid v lastno bolezen in posledice ter pridobil svojca za sodelovanje.

Iz tega je razvidno, da je delo socialnega delavca kot terapevta najprej socioterapevtsko, medtem ko ima v tako imenovani intenzivni skupini, kamor se vključijo zdravljenci po šestih tednih, že več značilnosti skupinske psihoterapije. Tu socialni delavec za delo nujno potrebuje dodatna specifična znanja in temu primerne so tudi tehnike, ki se jih pri delu poslužuje.

V vsaki terapevtski skupini so nujno potrebne številne terapevtske dejavnosti, s katerimi dobita posameznik in celotna skupina nove dobre izkušnje na svojem pomanjkljivem področju. Te dejavnosti in dogajanja naj bi v človeku in skupini sprožila pozitivna doživetja in uspehe, o katerih se je nato potrebno pogovarjati. Večina socioterapevtske komunikacije poteka ob izkušnjah teh dejavnosti in ob tem, kaj ljudje ob njih doživljajo. (Ramovš 2007) Pridobivanje pozitivnih izkušenj je za ljudi z izrazito negativnimi preteklimi vedenjskimi vzorci zelo pomembno.

Individualno urejanje socialne problematike – socialni delavec sodeluje s številnimi zunanjimi »sodelavci«, npr. centri za socialno delo, centri za poklicno usposabljanje in rehabilitacijo, delovnimi organizacijami, zavodi za zaposlovanje idr. Namen tovrstnega sodelovanja je zdravljencem pomagati pri reševanju različnih problemov, ki so nastali kot posledica neustreznih vedenjskih vzorcev zaradi zasvojenosti. Pri tem je pomembno, da

socialni delavec z občutkom spremlja posameznika pri reševanju problemov, mu stoji ob strani, mu nudi oporo in ga spodbuja, nikakor pa ne rešuje njegovih problemov.

Zasvojenost vpliva na vsa področja človekovega bivanja. Krni njegovo sposobnost mišljenja in čustvovanja ter ga vodi v bolno sožitje z drugimi ljudmi. Posledica tega so tudi neustrezni vzorci vedenja, ki nadomestijo zdrave ali pa tem že zelo zgodaj preprečujejo, da bi se sploh razvili. Popolna abstinenca od vseh PAS je predpogoj za vse nadaljnje spremembe, ki vodijo k bolj zdravemu življenjskemu slogu. Odvisnik je z razvojem bolezni izgubil kompas vrednotenja in presojanja svojega ravnanja. Da bi našel varnejšo pot in začutil možnost izbire, potrebuje proces učenja in pridobivanja pozitivnih izkušenj, ki ga nudi zdravljenje. Samo tako bo razvil bolj pozitivne vedenjske vzorce.

Iz navedenega lahko povzamemo, da bo tudi voznik na temelju abstinence zgradil zase in za druge ustreznejši in predvsem bolj varen vzorec vedenja v prometu. Je takšno sklepanje upravičeno?

2 PROBLEM

Ljudi, ki jih srečujem pri svojem poklicnem delu, v psihiatrično ustanovo privedejo različne stiske. Zasvojenim oddelek za zdravljenje njihove, največkrat težko prepoznavne bolezni, pomeni zadnjo postajo pred popolnim propadom, a hkrati na drugi strani odpira vrata v svetlejšo prihodnost. Bremena in travme, ki jih prinašajo s seboj, so pogosto v tesni povezavi s cestnoprometnimi prekrški. Vedno znova se sprašujem, ali bi bilo mogoče z ustreznimi ukrepi preusmeriti tok dogodkov premnogih tragičnih zgodb.

Povzročitelji prometnih nesreč so pogosto pod vplivom PAS, med katerimi še vedno prevladuje alkohol, posledice pa so lahko bolj ali manj tragične ne le zanje, temveč tudi za svojce, za soudeležene, njihove svojce … Samo zaostrovanje kaznovalne politike žalostnih statistik ne spremeni. Ko pogledamo na problem vožnje pod vplivom alkohola z vidika alkoholizma kot zasvojenosti, vidimo, da kaznovanje dodatno obremeni in povzroča še večjo stisko tistih, ki se že dolgo vrtijo v začaranem krogu vzrokov in posledic. Ko alkoholik in njegovi bližnji spoznajo, da gre za bolezen, ki je sami ne morejo kontrolirati, so prav zaradi te že mnogo izgubili. Medsebojni odnosi so razrušeni in pogoste so hude finančne stiske. Denarne kazni zaradi prometnih prekrškov jih le še povečajo. Če izhajamo iz dejstva, da je alkoholizem bolezen, ki terja zdravljenje in dolgotrajno rehabilitacijo, je povsem neumestno pričakovati, da bodo plačilni nalogi policistov *streznili* voznike. Pri tem pa moram poudariti, da vsake vožnje pod vplivom alkohola vendarle ne smemo enačiti z zasvojenostjo. Potrebno je ločiti med neodgovornim vedenjem posameznikov, ki sedejo za volan pod vplivom PAS – ki te substance škodljivo uživajo, in tistih, ki se tako vedejo zaradi napredovale bolezni. Samo postaviti ločnico med zasvojenimi vozniki in tistimi, ki to niso, pa še vedno ni dovolj. Tovrstno razdvajanje je lahko le prva stopnica k različni obravnavi.

Zasvojenost je bolezen in kliče po zdravljenju. Z globo in odvzemom vozniškega dovoljenja kaznovati bolne, nato pa jih prepustiti nadaljnjemu drsenju proti dnu brezna zasvojenosti, na podlagi lastnega razumevanja bolezni, ocenjujem za nedopustno. Menim, da lahko le ustrezno zdravljenje pripomore k manj tveganemu življenjskemu slogu zasvojenih. Le popolna abstinenca je predpogoj za njihovo bolj varno ravnanje v prometu in hkrati za večjo varnost vseh nas.

Poznavanje zakonitosti bolezni odvisnosti, poznavanje mnogih žalostnih zgodb in tiho nestrinjanje z aktualno kaznovalno politiko ter dopustno mejo koncentracije alkohola v krvi voznikov, so torej bili povod za raziskavo. Zanimalo me je, kakšne so izkušnje zdravljenih alkoholikov kot udeležencev v prometu, pred in po bolnišničnem zdravljenju zasvojenosti in predvsem, ali je zdravljenje zasvojenosti zares ukrep, ki bistveno pripomore k večji varnosti v prometu.

S kvantitativnim delom raziskave sem želela ugotoviti, ali obstaja statistično pomembna razlika v številu kršitev cestnoprometnih predpisov pri isti populaciji pred in po zdravljenju. Ta del raziskave je bil uvod v kvalitativno raziskavo, s katero pa sem želela najti odgovore na vprašanja, zakaj zasvojeni vozijo pod vplivom PAS, kako sedaj, po nekajletni abstinenci gledajo na svoje razmišljanje in vedenje pred zdravljenjem, ter zakaj *jih kazni ne streznijo.*

Ker gre za dve samostojni raziskavi, sem metodologijo in rezultate opisala ločeno, v razpravi, sklepih in predlogih pa sem ugotovitve obeh združila. Razdelila sem ju na:

- A – kvantitativna raziskava,
- B – kvalitativna raziskava.

Pri kvantitativni raziskavi (raziskavi A) sem postavila naslednje delovne hipoteze:

- H_0: Pri alkoholikih pred in po zdravljenju – ob uspešni rehabilitaciji, ni razlike v številu odvzemov vozniških dovoljenj.
- H_1: Alkoholikom po zdravljenju – ob uspešni rehabilitaciji, je manj pogosto odvzeto vozniško dovoljenje kot pred zdravljenjem.
- H_2: Pri alkoholikih pred in po zdravljenju – ob uspešni rehabilitaciji, ni razlik v udeležbi v prometnih nezgodah.
- H_3: Alkoholiki so po zdravljenju – ob uspešni rehabilitaciji, manj pogosto udeleženi v prometnih nezgodah kot pred zdravljenjem.

S kvalitativno raziskavo (raziskavo B) sem želela odgovoriti na vprašanja:

- kako alkohol in druge PAS vplivajo na vedenje zasvojenih v prometu,
- kako zasvojeni razmišljajo o vožnji pod vplivom PAS pred in kako po zdravljenju,
- kako se zasvojeni soočajo s posledicami vožnje pod vplivom PAS.

RAZISKAVA A

A 3 METODOLOGIJA

A 3.1 VRSTA RAZISKAVE

Raziskava je empirične narave, opravljena kot analiza socialne problematike oziroma kakovosti življenja zasvojenih. Je kvantitativna, s sekundarno obdelavo anketnih vprašalnikov.

SPREMENLJIVKE

Neodvisna spremenljivka: čas pred zdravljenjem, čas po zdravljenju

Za čas pred zdravljenjem se smatra čas, ko alkoholik zaradi zasvojenosti ni bil sposoben kontrolirati pitja in posledično vedenja, reagiranja …, za čas po zdravljenju pa čas od končane hospitalne obravnave, do dne, ko je bila opravljena anketa.

Posredniška spremenljivka: spol – moški, ženski

Odvisna spremenljivka: odvzem vozniškega dovoljenja – pogostnost (večja, manjša) ; udeležba v prometnih nezgodah – pogostnost (večja, manjša)

MODEL RAZISKAVE – odnosov med spremenljivkami

a) Grafični prikaz modela

NEODVISNA SPREMENLJIVKA		POSREDNIŠKA SPREMENLJIVKA		ODVISNE SPREMENLJIVKE
OBDOBJE Pred zdravljenjem Po zdravljenju	→	SPOL Moški Ženski	→	ODVZEM VOZNIŠKEGA DOVOLJENJA Število odvzemov
OBDOBJE Pred zdravljenjem Po zdravljenju	→	SPOL Moški Ženski	→	PROMETNE NEZGODE Število nezgod

b) Tabelarni prikaz modela

OBDOBJE	PRED ZDRAVLJENJEM		PO ZDRAVLJENJU	
SPOL	Moški	Ženske	Moški	Ženske
Število odvzemov				
Število nezgod				

A 3.2 MERSKI INSTRUMENTI IN VIRI PODATKOV

Vir podatkov so anketni vprašalniki, izpolnjeni na tradicionalnem srečanju zdravljenih alkoholikov v Psihiatrični bolnišnici Vojnik, junija 2009.

Vprašalniki so v prilogi A.

Pri vprašanju, ki se je nanašalo na odvzem vozniškega dovoljenja, so anketirani odgovarjali z NE oziroma DA, in če so odgovorili, da jim je bilo vozniško dovoljenje odvzeto (začasni odvzem ali odvzem), so pripisali število odvzemov ter označili, kdaj jim je bilo odvzeto – izbirali so med možnima odgovoroma: pred zdravljenjem / po zdravljenju.

Pri vprašanju o številu prometnih nezgod pa so pripisali število nezgod, v katerih so bili kot vozniki udeleženi, ne glede na to, so bili povzročitelji ali samo soudeleženci. Tudi tu so označili čas dogodka: pred zdravljenjem / po zdravljenju.

V analizi sem se osredotočila na število oseb z izkušnjo odvzema dovoljenja ali udeležbe v prometni nezgodi in na število povratnikov v zvezi z enim ali drugim dogodkom.

Z raziskavo sem ugotavljala pojavnost posameznih dogodkov v dveh različnih časovnih obdobjih – čas pred/po zdravljenju. Trajanje obdobja po zdravljenju je znano, saj zdravljeni natančno vedo, koliko časa abstinirajo, prvo obdobje pa je časovno težko opredeliti. Jasne meje, koliko časa je bil posameznik zasvojen, ne moremo določiti. Ti dve, časovno neusklajeni obdobji, sta šibka točka pričujoče raziskave.

A 3.3 POPULACIJA IN VZORČENJE

Populacijo sestavljajo zdravljeni alkoholiki, ki so se v začetku junija zbrali na tradicionalnem vsakoletnem srečanju na *Oddelku za zdravljenje bolezni odvisnosti* Psihiatrične bolnišnice Vojnik. Gre za zdravljence v različnih obdobjih rehabilitacije glede na trajanje abstinence.

Ankete so izpolnjevali zdravljenci, izbrani po *neslučajnostnem, priročnem vzorcu.* K sodelovanju je bilo povabljenih okrog tristo udeležencev junijskega srečanja, odzvalo pa se jih je 128.

Tabela 6: Pregled strukture vzorca

Vprašalniki/spol	MOŠKI	ŽENSKE	SKUPAJ
Popolni	84	28	112
Nepopolni	13	3	16
SKUPAJ	97	31	128

Graf 1: Pregled strukture vzorca glede na spol

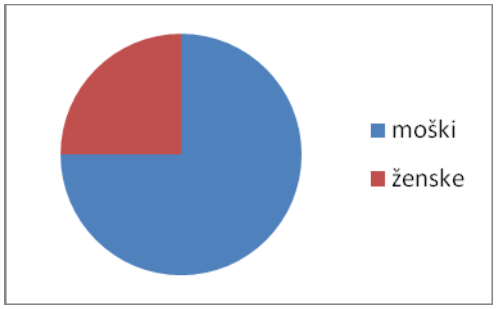


Tabela 7: Pregled strukture vzorca glede na starost in spol

Starost/spol	MOŠKI	ŽENSKE	SKUPAJ	
			Število	%
Do 30 let	5	2	7	6 %
31 – 40 let	17	4	21	19 %
41 – 50 let	21	7	28	25 %
51 – 60 let	29	10	39	35 %
Nad 60 let	12	5	17	15 %
	84	28	112	100 %

Graf 2: Pregled strukture skupnega vzorca glede na starost

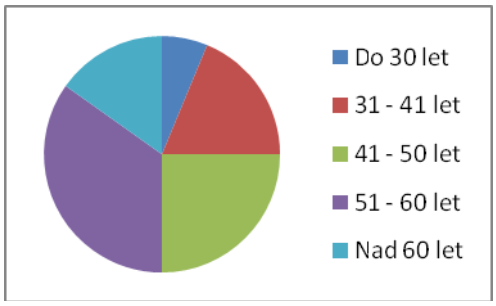


Tabela 8: Pregled strukture vzorca glede na trajanje abstinence in spol

Abstinenca – let/spol	MOŠKI	ŽENSKE	SKUPAJ	
			Število	%
Do 2 leti	23	6	29	**26 %**
Do 5 let	17	8	25	**22 %**
Do 10 let	19	10	29	**26 %**
Do 15 let	18	3	21	**19 %**
Nad 15 let	7	1	8	**7 %**
SKUPAJ	84	28	112	100 %

Graf 3: Pregled strukture skupnega vzorca glede na trajanje abstinence

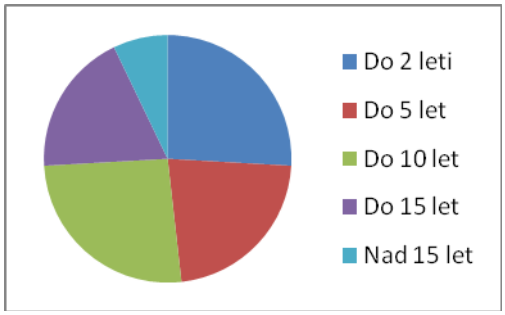
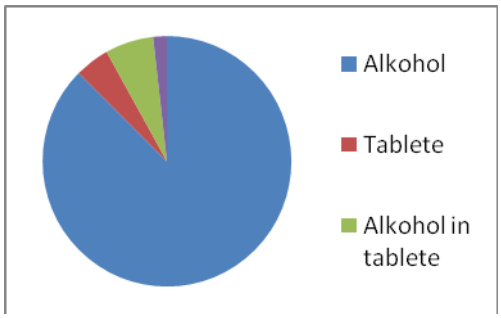


Tabela 9: Zasvojenost glede na vrsto PAS in spol

PAS/spol	MOŠKI		ŽENSKE		SKUPAJ	
	Število	%	Število	%	Število	%
Alkohol	77	92 %	21	75 %	98	88 %
Tablete	/	0 %	5	18 %	5	4 %
Alkohol in tablete	5	6 %	2	7 %	7	6 %
Drugo	2	2 %	/	0 %	2	2 %
	84	100%	28	100 %	112	100 %

Graf 4: Zasvojenost (skupni vzorec) glede na vrsto PAS



A 3.4 ZBIRANJE PODATKOV

Vsem sodelujočim so bili razdeljeni anketni vprašalniki z večino vprašanj zaprtega tipa. Od 128 vrnjenih je bilo nepopolno izpolnjenih 16 vprašalnikov. Za raziskavo je bilo obdelanih 112 vprašalnikov.

A 3.5 OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV

Podatke, dobljene z intervjuji, sem glede na odgovore, razvrstila v tabelo in jih seštela ter izračunala odstotke, nato pa sem s pomočjo statističnih preizkusov preverila hipoteze.

Statistični preizkusi

Za preverjanje hipotez sem uporabila neparametrični preizkus – hi-kvadrat preizkus za dva odvisna vzorca (isti vzorec – dve lastnosti). Primerjala sem rezultate iste skupine oseb pred bolnišničnim zdravljenjem in po njem. Pri računanju sem upoštevala porazdelitev sprememb med obdobjem pred in obdobjem po zdravljenju, torej razliko med tistimi, ki jim je bilo vozniško dovoljenje pred zdravljenjem odvzeto, po zdravljenju pa ne, ter tistimi, ki jim je bilo odvzeto po zdravljenju in ne pred zdravljenjem (na enak način sem preizkusila hipotezo, ki se nanaša na udeležbo v prometnih nesrečah – H_2).

Preverjanje H_0: Pri alkoholikih pred in po zdravljenju – ob uspešni rehabilitaciji, ni razlike v številu odvzemov vozniških dovoljenj.

PO ZDRAVLJENJU	PRED ZDRAVLJENJEM				SKUPAJ
	Odvzem		Ni odvzema		
Odvzem	1	**A**	5	**B**	6
Ni odvzema	31	**C**	75	**D**	106
SKUPAJ	32		80		112

$\chi^2 = (B - C)^2 / B + C = (5 - 31)^2 / 5 + 31 = 18{,}78$

$\boldsymbol{\chi^2 = 18{,}78}$; sp =1; p = 0,001 (0,1 %)

$\boldsymbol{\chi^2 = 18{,}78 > \chi^2_{p=0{,}001;\ sp=1} = 10{,}83}$

Izračunani χ^2 močno preseže kritično vrednost 10,83 pri 1 stopinji prostosti in stopnji tveganja 0,001 → ničelno hipotezo (ni razlik med pred/po zdravljenju) lahko z gotovostjo zavržemo → z manj kot 0,1 % tveganjem, da se motimo, lahko zavrnemo ničelno hipotezo in trdimo, da razlike v številu oseb, ki jim je bilo odvzeto vozniško dovoljenje pred zdravljenjem in številom oseb, ki jim je bilo to odvzeto po zdravljenju, so statistično pomembne – da ne gre zgolj za naključen odklon od stanja, ko bi bilo število dogodkov pred in po zdravljenju enako.

Preverjanje H_2: Pri alkoholikih pred in po zdravljenju – ob uspešni rehabilitaciji, ni razlik v udeležbi v prometnih nezgodah.

PO ZDRAVLJENJU	PRED ZDRAVLJENJEM		SKUPAJ
	Prometna nezgoda	Ni nezgode	
Prometna nezgoda	0 **A**	5 **B**	5
Ni nezgode	29 **C**	78 **D**	107
SKUPAJ	29	83	112

$\chi^2 = (B - C)^2 / B + C = (5 - 29)^2 / 5 + 29 = 16{,}94$

$\boldsymbol{\chi^2 = 16{,}94;}$ sp = 1; p = 0,001 (0,1%)

$\boldsymbol{\chi^2 = 16{,}94 > \chi^2_{p = 0{,}001;\ sp = 1} = 10{,}83}$

Tudi v tem primeru izračunani χ^2 preseže kritično vrednost pri 1 stopinji prostosti in stopnji tveganja 0,001 → ničelno hipotezo (ni razlik med pred/po zdravljenju) lahko zavržemo → z manj kot 0,1 % tveganja, da se motimo, lahko zavrnemo ničelno hipotezo in trdimo, da so razlike v številu oseb, ki so bile udeležene v prometnih nezgodah pred zdravljenjem in številom udeleženih v nezgodah po zdravljenju, statistično pomembne – da ne gre zgolj za naključen odklon od stanja, ko bi bilo število dogodkov pred in po zdravljenju enako.

A 4 REZULTATI (ugotovitve)

Odvzem vozniškega dovoljenja

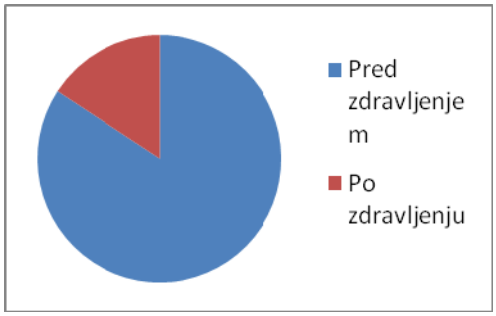
Tabela 10: Odvzemi vozniških dovoljenj pred zdravljenjem

	MOŠKI	ŽENSKE	SKUPAJ	%
Odvzem vozniškega dovoljenja	27	5	32	29 %
Ni odvzema	57	23	80	71%
SKUPAJ	**84**	**28**	**112**	
%	75 %	25 %		100 %

Tabela 11: Odvzemi vozniških dovoljenj po zdravljenju

	MOŠKI	ŽENSKE	SKUPAJ	%
Odvzem vozniškega dovoljenja	5	1	6	5 %
Ni odvzema	79	27	106	95 %
SKUPAJ	**84**	**28**	**112**	
%	75 %	25 %		100 %

Graf 5: Odvzemi vozniških dovoljenj pred in po zdravljenju



Iz tabel 10 in 11 je razvidno število moških in število žensk, ki jim je bilo vozniško dovoljenje odvzeto pred oziroma po zdravljenju, in njihov delež v primerjavi s tistimi, ki jim dovoljenje ni bilo odvzeto. Graf 5 ponazarja razliko pri istem vzorcu med enim in drugim časovnim obdobjem.

Tabela 12: Skupno število odvzemov vozniških dovoljenj pri 112 anketiranih glede na spol

	MOŠKI	ŽENSKE	SKUPAJ	%
Pred zdravljenjem	59	8	**67**	92 %
Po zdravljenju	5	1	**6**	8 %
SKUPAJ	64	9	73	
%	87 %	13 %		100 %

Graf 6: Skupno število odvzemov vozniških dovoljenj

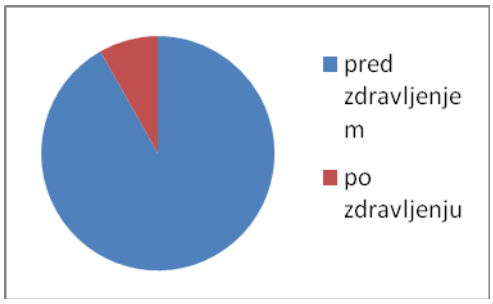
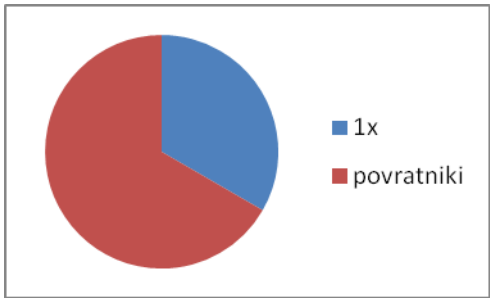


Tabela 12 prikazuje podatke o številu odvzemov vozniških dovoljenj pred in po zdravljenju pri ženskah in pri moških, graf 6 pa ponazarja razliko v številu odvzemov za celoten vzorec med enim in drugim časovnim obdobjem.

Tabela 13: Število odvzemov vozniških dovoljenj na osebo – pred zdravljenjem

Vozniško dovoljenje odvzeto	MOŠKI	ŽENSKE	SKUPAJ	%
1x	9	2	11	34 %
2x	8	3	**11**	**34 %**
3x	7	0	**7**	**22 %**
4x	2	0	**2**	**6 %**
5x	1	0	**1**	**4 %**
	27	5	32	100%

Graf 7: Povratniki



Iz tabele 13 razberemo, kolikim osebam je bilo vozniško dovoljenje pred zdravljenjem odvzeto enkrat oziroma večkrat, graf 7 pa pokaže primerjavo med številom tistih, ki jim je bilo dovoljenje odvzeto enkrat in številom povratnikov.

Ugotovitve

- Iz rezultatov ankete je bilo razvidno, da je bilo enemu zdravljencu vozniško dovoljenje odvzeto enkrat pred in ponovno enkrat po zdravljenju, pri vseh ostalih je prišlo do odvzema bodisi pred ali po zdravljenju.

- Na podlagi izračunov odstotkov sem ugotovila, da je bilo alkoholikom po zdravljenju manj pogosto odvzeto vozniško dovoljenje kot pred zdravljenjem in s tem potrdila H^1. Razlika znaša 24 %. Da je razlika v številu oseb, ki jim je bilo odvzeto vozniško dovoljenje pred oziroma po zdravljenju, statistično pomembna, je potrdil tudi hi-kvadrat preizkus za dva odvisna vzorca.

- Iz skupnega števila odvzetih dovoljenj pa lahko vidimo, da je bilo dovoljenje pred zdravljenjem vsakemu, ki mu je bilo odvzeto, odvzeto povprečno 2,1-krat in da je kar v 92 % vseh primerov do odvzema prišlo pred zdravljenjem.

- V podatkih o številu odvzemov vozniških dovoljenj pred zdravljenjem je zelo zgovorno število tistih, ki jim je bilo dovoljenje odvzeto več kot enkrat. Teh oseb – povratnikov med kršilci cestnoprometnih predpisov, za katere zakon določa odvzem vozniškega dovoljenja, je bilo več kot 65 %.

Udeležba v prometnih nezgodah

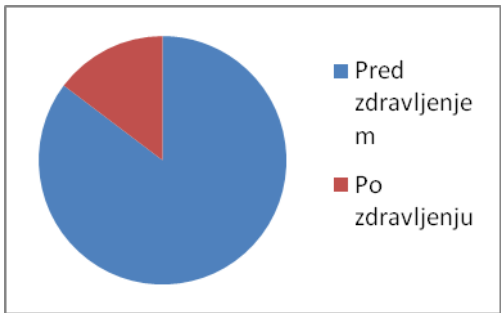
Tabela 14: Udeleženi v prometnih nesrečah pred zdravljenjem

	MOŠKI	ŽENSKE	SKUPAJ	%
Udeleženci prometnih nezgod	27	2	29	26 %
Ni nezgode	57	26	83	74 %
SKUPAJ	**84**	**28**	**112**	
%	75 %	25 %		100 %

Tabela 15: Udeleženi v prometnih nesrečah po zdravljenju

	MOŠKI	ŽENSKE	SKUPAJ	%
Udeleženci prometnih nezgod	4	1	5	4 %
Ni nezgode	80	27	107	96 %
SKUPAJ	84	28	112	
%	75 %	25 %		100 %

Grafa 8: Udeleženci prometnih nesreč pred in po zdravljenju



Iz tabel 14 in 15 je razvidno število moških in število žensk, ki so bili udeleženi v prometnih nesrečah pred oziroma po zdravljenju, in njihov delež v primerjavi s tistimi, ki v nesrečah niso bili udeleženi. Graf 8 ponazarja razliko med številom udeležencev prometnih nesreč za isti vzorec v dveh časovnih obdobjih.

Tabela 16: Skupno število prometnih nesreč pri 112 anketiranih

	MOŠKI	ŽENSKE	SKUPAJ	%
Pred zdravljenjem	56	3	**59**	92 %
Po zdravljenju	5	0	**5**	8 %
SKUPAJ	61	3	**64**	
%	95 %	5 %		100 %

Graf 9: Skupno število prometnih nesreč pred in po zdravljenju

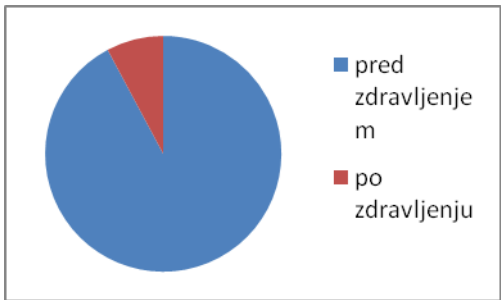
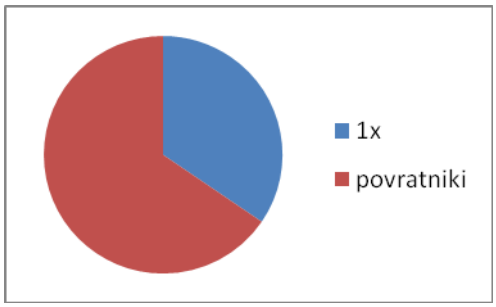


Tabela 16 prikazuje skupno število prometnih nesreč, v katerih so bili udeleženi moški in ženske, vključeni v raziskavo. Graf 9 ponazarja razliko med številom prometnih nesreč, v katerih so bile udeležene osebe, zajete v raziskavo, v dveh časovnih obdobjih.

Tabela 17: Število prometnih nesreč na osebo – pred zdravljenjem

Prometna nezgoda	MOŠKI	ŽENSKE	ŠTEVILO	%
1x	9	1	10	34 %
2x	11	1	**12**	**41 %**
3x	4	0	**4**	**14 %**
4x	2	0	**2**	**7 %**
5x	1	0	**1**	**4 %**
SKUPAJ	27	2	29	
	93 %	7 %		100 %

Graf 10: Povratniki



Iz tabele 17 lahko razberemo podatke o številu moških in žensk, ki so bile v prometnih nesrečah udeležene enkrat ali večkrat, graf 10 pa ponazori razliko med številom enkratnih udeležencev prometnih nesreč in številom povratnikov.

Ugotovitve

- Na podlagi rezultatov ankete sem ugotovila, da 78 oseb oziroma skoraj 70 % vprašanih ni bilo udeleženih v prometni nesreči (ne pred ne po zdravljenju).

- Na podlagi izračunov odstotkov sem ugotovila razliko med številom udeleženih v prometnih nesrečah pred in po zdravljenju, in sicer ta znaša 22 %. Da je tudi ta razlika statistično pomembna, je potrdil hi-kvadrat preizkus (enako kot v prejšnjem primeru). Na podlagi tega preizkusa je bila zavržena H_2, da ni razlik, in potrjena H_3, da so alkoholiki po zdravljenju manj pogosto udeleženi v prometnih nezgodah kot pred zdravljenjem.

- Iz skupnega števila udeležbe v prometnih nezgodah pa lahko izračunamo, da je bil vsak alkoholik, ki je bil pred zdravljenjem udeležen v prometni nezgodi, udeležen povprečno 2-krat. Prav tako iz skupnega števila prometnih nezgod vidimo, da se jih je 92 % zgodilo pred in samo 8 % po zdravljenju.

- Iz podatkov o številu prometnih nezgod na osebo pred zdravljenjem lahko vidimo, da je tudi tu več kot 65 % povratnikov, torej tistih, ki so bili udeleženi v prometni nesreči pred zdravljenjem, in to več kot enkrat.

RAZISKAVA B

B 3 METODOLOGIJA

B 3.1 VRSTA RAZISKAVE

Za raziskavo sem se odločila v želji, da bi z neposrednim pogledom »ekspertov iz izkušenj« nadgradila lastna spoznanja, pridobljena z dolgoletnim delom na Oddelku za zdravljenje odvisnosti, in teoretično znanje. S sodelavci smo seznanjeni s problematiko zasvojenosti in vožnje, vendar raziskava, s katero bi lahko argumentirali naše izkušnje v javnosti, ni bila opravljena.

Raziskava je empirične narave, izvedena kot analiza socialne problematike oziroma kakovosti življenja zasvojenih. Osnovno empirično gradivo so zapisi štirih nestandardiziranih intervjujev, obdelani in analizirani po kvalitativni metodi. Izhodišče raziskave so stvarni problemi ljudi ter njihov pogled in njihovo razumevanje problematike.

SPREMENLJIVKE

Neodvisna spremenljivka: čas pred zdravljenjem, čas po zdravljenju

Tudi v tem primeru se za čas pred zdravljenjem smatra čas, ko zasvojeni zaradi razvoja bolezni ni bil sposoben kontrolirati uživanja alkohola ali drugih PAS in posledično vedenja, reagiranja ipd., za čas po zdravljenju pa čas od zaključene bolnišnične obravnave, do dne, ko je bil opravljen intervju.

Odvisne spremenljivke:

- vedenje v prometu,
- razmišljanje o tveganjih vožnje pod vplivom alkohola ali drugih PAS.

B 3.2 MERSKI INSTRUMENTI IN VIRI PODATKOV

S kvantitativno raziskavo sem pridobila številčne podatke o kršitvah cestnoprometnih predpisov, katerih posledica je bil odvzem vozniškega dovoljenja, ne glede na vrsto kršitve, oziroma o številu prometnih nesreč, v katerih so bili anketirani udeleženi. Ta raziskava je bila iztočnica nadaljnjemu raziskovanju. S kvalitativno raziskavo sem želela pridobljene podatke utemeljiti.

Vir podatkov so bili štirje nestandardizirani intervjuji, zapisani po zvočnih posnetkih. Kot vodilo za intervju sem uporabila vprašanja, ki so se nanašala na:

- osnovne podatke o intervjuvancu (starost, vrsta substance, s katero je bil zasvojen, čas uživanja te substance, trajanje abstinence, število prometnih nesreč pred in po zdravljenju, število odvzemov vozniških dovoljenj pred in po zdravljenju);
- vožnja pod vplivom PAS (Ste pogosto vozili pod vplivom alkohola ali drugih PAS?);
- razmišljanje o nevarnosti vožnje pod vplivom PAS (Če ste – kdaj oziroma kako ste razmišljali o nevarnosti vožnje pod vplivom alkohola ali drugih PAS?);
- okoliščine prometnih nesreč;
- posledice prometnih nesreč;
- razmišljanje in občutke (ob nesreči, po nesreči, danes) v zvezi s konkretnim dogodkom;
- primerjavo sebe kot udeleženca v cestnem prometu: pred zdravljenjem/po zdravljenju.

B 3.3 POPULACIJA IN VZORČENJE

Raziskava je bila opravljena kot študija štirih primerov. Za enote raziskovanja sem izbrala posameznike različnih starosti, z različnim časom trajanja abstinence. Za sodelovanje sem jih prosila na že omenjenem tradicionalnem Srečanju zdravljenih alkoholikov, kjer sem jih seznanila z namenom raziskave. Žal o svojih izkušnjah ni bila pripravljena spregovoriti nobena ženska.

Tabela 18: Pregled strukture vzorca

	starost	vrsta PAS	čas uživanj PAS	trajanje abstinence	prometne nesreče[11]		odvzemi dovoljenj[12]	
					pred	po	pred	po
A	46 let	alkohol	20 let	4 leta	1	0	1	0
B	58 let	alkohol	15 let	9 let	5	0	2	0
C	51 let	alkohol + pomirjevala	20 let	13 let	1	0	2	0
D	40 let	alkohol	15 let	7 let	2	0	2	0

B 3.4 ZBIRANJE PODATKOV

S štirimi anketiranimi (v kvantitativni raziskavi), so bili, glede na pripravljenost nadaljnjega sodelovanja, avgusta 2009, opravljeni intervjuji. Pogovori so potekali v štirih različnih Klubih zdravljenih alkoholikov, ki jih obiskujejo udeleženci raziskave. Njihovi zvočni posnetki so osnovno empirično gradivo.

[11] Udeležba zasvojenih voznikov v prometnih nesrečah ne glede na vzrok in povzročitelja (pred in po zdravljenju).

[12] Odvzemi vozniških dovoljenj ne glede na vrsto kršitve cestnoprometnega predpisa.

B 3.5 OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV

Za analizo empiričnega gradiva sem uporabila kvalitativno metodo. Najprej sem v zapisih intervjujev podčrtala in razmejila posamezne dele besedila, ki so se mi zdeli pomembni za problem. Podčrtani deli stavkov, stavki ali več zaporednih stavkov so enote kodiranja. Te sem izpisala, za problem nepomembne dele besedila pa sem izpustila. Posamezne enote kodiranja sem tudi označila s črko intervjuvanca in zaporedno številko.

Seznam enot kodiranja je v prilogi B.

Primer 1: Izsek iz seznama enot kodiranja

C 1 Toliko sem se zavedal, da pijem, da sem se izogibal vožnji, kolikor se je pač dalo.

C 2 Moral sem se voziti v službo, odvisen sem bil od avta, brez pijače pa tudi ni šlo.

C 3 Ogromno sem prevozil pijan. Čez dan sem se še nekako kontroliral, proti večeru pa ni šlo več. Sem se trudil, da takrat ne bi vozil, pa vseeno sem.

C 4 Proti koncu sem si pomagal s tabletami. Sem vzel zjutraj, ko sem se tresel, pa še dopoldan, v službi, kak Lexaurin.

C 5 Da sem tudi z njimi zasvojen, sem videl šele na zdravljenju. Prej se mi ni zdelo.

Sledil je postopek odprtega kodiranja, v katerem sem posameznim enotam kodiranja pripisala določene pojme, za katere se mi je zdelo, da najbolj ustrezajo njihovemu pomenu. Sorodne ali celo enake pojme sem nato združila v kategorije, tem pa sem v naslednji fazi določila podkategorije. Preglednica s hierarhijo kod je v prilogi C.

Primer 2: Izsek iz pregleda hierarhije kod (ležeče so pripisani pojmi)

1 Vedenje v prometu

1.1 PRED ZDRAVLJEM

1.1.1 Prevladovanje vedenja, usmerjenega k pitju

- **Mora piti**

A 55 Proti koncu službe sem pa že nujno moral kaj popiti. To se je seveda popoldne nadaljevalo. / *mora piti*

D 29 Nisem pa mogel biti trezen. / *mora piti*

- **K pitju usmerjeno vedenje**

A 64 V gostilno sem šel samo spotoma, ko sem šel iz službe. Potem sem v trgovini kupil vino, pivo, kar je pač bilo, in pil doma. / *k pitju usmerjeno vedenje*

B 21 Prej se je vedno nekam mudilo, ker je bilo treba še nekaj spit. / *k pitju usmerjeno vedenje*

D 30 Sem po poti, ko sem šel iz službe, kupil dva litra vina in ga počasi šlukal, potem pa sigurno še kam šel z avtom. Že zjutraj pa sem si nesel pijačo s seboj v službo, jo skril, pa potem »po potrebi pil«. / *k pitju usmerjeno vedenje*

A2 po službi sem šel obvezno v gostilno na kako pivo. Potem sem seveda pil še doma. Sem imel zmeraj zalogo. / *k pitju usmerjeno vedenje*

- **Prikrivanje abstinenčnih znakov**

A 54 Trudil sem se prikriti, če so se mi tresle roke. Mislil sem, da sem živčen. Pa močno sem se potil. / *abstinenčni znaki*

- **Doliva / izogibanje abstinenčnim znakom**

D 24 Da bi se tresel in zato ne bi mogel vozit, se ne spomnim. Sem zmeraj kaj spil, da so se mi roke umirile. / *izogibanje abstinenčnim znakom*

V naslednji fazi sem posamezne kategorije še definirala na podlagi podrejenih pojmov in opisov. Tako dobljene in definirane kategorije sem nato primerjala med seboj in jih razporedila glede na medsebojne odnose oziroma časovno in vzročno – posledično zaporedje.

Seznam definicij je v prilogi D.

Primer 3: Izsek iz seznama definicij

VEDENJE

1 **Vedenje zasvojenih v prometu** pred zdravljenjem in po zdravljenju se razlikuje.

1.1 **Pred zdravljenjem** je pogojeno s prevladovanjem vedenja, usmerjenega k pitju, posledica tega pa je vožnja pod vplivom alkohola in specifičen način vožnje.

1.1.1 **Prevladovanje vedenja, usmerjenega k pitju** se kaže v tem, da zasvojeni morajo piti, zato iščejo priložnosti za pitje. Trudijo se prikrivati abstinenčne znake in pijejo, da bi se jim izognili.

1.1.2 **Vožnja pod vplivom alkohola** je posledica spleta več dejavnikov. Zasvojeni morajo voziti, čeprav se zavedajo, da ne bi smeli, kadar so pili. Da bi se temu izognili, se poskušajo kontrolirati. Trudijo se, da ne bi vozili, ko pijejo, in se izogibajo vožnji ter se trudijo piti manj, kadar vedo, da morajo voziti. Zjutraj še zdržijo, da ne pijejo, tekom dneva pa tega ne zmorejo več in vozijo opiti, z visokimi koncentracijami alkohola. Takrat vso pozornost usmerijo na policijske kontrole, da bi se jim izognili. Pod vplivom alkohola povzročajo prometne nesreče in vozijo tudi brez vozniškega dovoljenja.

Na koncu sem na podlagi dobljenega seznama sestavila zgodbo o tem, kar sem z raziskavo spoznala in tako oblikovala poskusno teorijo.

B 4 REZULTATI (ugotovitve)

Rezultate raziskave bom poskusila strniti v poskusni teoriji.

Poskusna teorija o vplivu zdravljenja zasvojenosti na varnost v cestnem prometu

Poskusna teorija je sestavljena iz treh vsebinskih sklopov. To so: vedenje zasvojenih v cestnem prometu, razmišljanje o ne-varnosti vožnje pod vplivom PAS ter posledice vožnje pod vplivom PAS.

- **Vedenje**

Vedenje zasvojenih[13] v prometu se v času uživanja PAS, torej v času pred zdravljenjem, močno razlikuje od njihovega vedenja v času abstinence – po zdravljenju.

Pred zdravljenjem je zaradi zasvojenosti, ki se kaže kot psihična in fizična odvisnost od PAS, močno izražena potreba po teh substancah. Zaradi te potrebe je vedenje zasvojenih usmerjeno k pitju oziroma k iskanju priložnosti za pitje. Izraža se kot nuja, kot prevladujoča potreba, ki so ji vse ostale, naravne človeške potrebe, podrejene. Zasvojeni »mora« poskrbeti za potrebno koncentracijo alkohola v krvi, saj se sicer pojavijo abstinenčni znaki. Zaradi njih je njegovo vedenje v prometu prav tako nevarno. Najpogosteje znake abstinenčne krize opisujejo kot slabo počutje in »živčnost«. Da bi se tem negativnim občutjem izognili, morajo piti. Ker pa je njihova toleranca skozi leta pitja vztrajno naraščala, kar pomeni, da so morali za isti učinek piti vedno več, morajo tudi, da bi se izognili abstinenčnim znakom, zaužiti velike količine alkohola. Posledica tega je vožnja pri, laikom nerazumljivo, visokih koncentracijah alkohola v krvi.

Kadar se zasvojeni zavedajo, da so »pili preveč«, se skušajo vožnji izogniti, vendar je vožnja pogosto nuja. Ko svojih dnevnih obveznosti ne morejo drugače organizirati, pač vozijo, kljub

[13] Pri interpretaciji rezultatov bom govorila o zasvojenih z alkoholom, saj se empirično gradivo nanaša na posameznike, ki so bili vsi odvisni od te substance; pri enem pa je šlo za kombinacijo alkohola in pomirjeval.

temu, da vedo, da ne bi smeli. Takrat vso pozornost usmerijo v to, da bi se izognili policijskim kontrolam. Nenehno so na preži, da bi odkrili, kje policisti stojijo, in pogosto vozijo po stranskih cestah. Svoje pitje poskušajo kontrolirati, torej »piti manj«, ko vedo, da bodo morali voziti. Kljub zavedanju nevarnosti pa vendar ne vedo, koliko smejo popiti, da ne bodo presegli dovoljene koncentracije alkohola v krvi.

Eden izmed značilnih poskusov obvladovanja bolezni je tudi izogibanje jutranjemu pitju. Zjutraj zdržijo brez alkohola, ne vedo pa, kaj botruje tej sposobnosti samokontrole. Nekateri vozijo ob močno izraženih abstinenčnih znakih. Slabo se počutijo, so »živčni«, tresejo se jim roke, se močno potijo. Včasih si pomagajo s pomirjevali, ki znake abstinenčne krize ublažijo, vendar kmalu postanejo zasvojeni tudi z njimi. Bolj ali manj spretno kombinirajo eno in drugo substanco, s skupnim ciljem potešiti umetno, škodljivo potrebo po omamni snovi. Da pogosto že zjutraj vozijo pod vplivom alkohola, čeprav še niso pili, ne vedo. Ker niso seznanjeni z učinki alkohola oziroma njegovimi kemičnimi lastnostmi, med katere sodi tudi čas razgradnje in izločanja, niti ne pomislijo, da zjutraj lahko normalno funkcionirajo s pomočjo tega, kar so popili pozno zvečer.

Zasvojeni torej vozijo opiti, in če »imajo smolo« in jih policisti odkrijejo, ali če kako drugače kršijo cestnoprometne predpise, jim je pogosto odvzeto vozniško dovoljenje. Kadar zmorejo organizirati tok življenja brez vožnje, ne vozijo, ko pa jim to ne uspe, vozijo tudi brez dovoljenja, seveda še vedno tudi pod vplivom alkohola. Višje so koncentracije alkohola v krvi voznikov, večje tveganje za prometno nesrečo predstavljajo.

Način vožnje v opitem stanju se odraža v specifičnih značilnostih. Opiti počasneje reagirajo, napačno ocenijo razdaljo in situacijo, njihova pozornost in sposobnost koncentracije sta zmanjšana, zato pogosto izsiljujejo prednost. Vožnja je sunkovita, pogosto agresivna in nepremišljena. Mnogi vozijo nesproščeno in vožnja jim pomeni velik napor ali pa nasprotno, precenijo svoje sposobnosti, čeprav ne obvladajo vozila. Ker sami prav zaradi visoke tolerance nimajo občutka opitosti, tudi v primeru, ko »napihajo« ali kako drugače kršijo prometne predpise, tega ne pripišejo alkoholu. Krivijo alkoskope, ki kažejo napačne vrednosti, slabe razmere na cesti, pristranskost policistov ipd. Zaradi prepričanja v svoj prav se jezijo nanje ali se z njimi celo sprejo.

Po zdravljenju zasvojenosti vozniki svoje vedenje v prometu označijo popolnoma drugače. Sposobni so se koncentrirati, se osredotočiti na vožnjo in dogajanje na cesti in ob njej. Pri vožnji upoštevajo prometne predpise, zaupajo v svoje sposobnosti in svoje vedenje v prometu opišejo kot varno vožnjo.

- **Razmišljanje**

Tudi razmišljanje voznikov o vožnji pod vplivom PAS pred zdravljenjem se bistveno razlikuje od razmišljanja po zdravljenju.

Pred zdravljenjem zasvojeni niso kritični do lastne situacije, še manj do bolezni, zato je nekritično tudi njihovo razmišljanje. Njihova slika realnosti je pogosto popačena. Zanjo je značilen občutek lažne treznosti, ki bi ga lahko opisali kot prepričanje zasvojenega, da je trezen tudi po zaužitju večjih ali manjših količin alkoholnih pijač. Pri tem je pomembno vedeti, da ne gre za zavesten poskus prikrivanja opitosti, temveč za dejansko prepričanje v svoje sposobnosti. Zasvojeni je prepričan, da zjutraj vozi trezen, ker tega dne alkohola še ni pil. Ne zna si pojasniti, zakaj »napiha« in ne razume, da so njegove sposobnosti zaznavanja in reagiranja zmanjšane.

Ko pije in nato vozi, prav tako ne razmišlja, da ni sposoben za vožnjo. Ker je njegova toleranca visoka, ker ve, da lahko npr. popije več litrov vina in »še vedno ve zase«, ne ve, da so njegove sposobnosti, nujno potrebne za varno vožnjo, že po nekaj kozarcih močno ohromljene. Prepričan je, da lahko kljub alkoholu normalno vozi, da je dober voznik, povsem sposoben za vožnjo. Zaradi zmanjšane zmožnosti presoje svoje sposobnosti pogosto precenjuje.

Način razmišljanja vsakega posameznika o varnem ali nevarnem ravnanju v prometu je seveda odvisen tudi od njegove osveščenosti in tolerantnosti ali netolerantnosti okolja do njegovega vedenja. Tudi zasvojeni se kdaj, pa čeprav le za kratek čas, zavedo tveganja svojega ravnanje na cesti. Bolj kot prometnih nesreč se seveda bojijo policistov. Poznajo represivne ukrepe, od glob in kazenskih točk, vse do odvzemov vozniških dovoljenj. Odvzem dovoljenja oziroma prepoved vožnje pomeni posredno nevarnost za izgubo službe.

Tega se bojijo in se zamislijo ob izrečenih kaznih, vendar sami ne morejo spremeniti svojih vedenjskih vzorcev. Tudi nesreče drugih jih asociirajo na lastno ravnanje. Vedo, da bi se kaj podobnega lahko zgodilo tudi njim, a samo vedeti v boju z zasvojenostjo ni dovolj. Čeprav vedo, da ne bi smeli biti na cesti, vozijo, ker morajo, in se vrtijo v začaranem krogu. Tudi če razmišljajo o nevarnosti lastnega početja, ne najdejo izhoda in nazadnje o tem ne razmišljajo več. Ko alkohol nadomestijo z drugimi substancami, npr. pomirjevali, niti ne pomislijo na njihove negativne učinke na sposobnost koncentracije.

Po zdravljenju vozniki v preteklem lastnem vedenju v prometu prepoznavajo zakonitosti bolezni, seznanjeni so z učinki alkohola na vedenje in mišljenje, zato se zavedajo nevarnosti vožnje v opitem stanju. Dokler se ne seznanijo z odvisnostjo in ne sprejmejo dejstva, da je bolezen močnejša od njihove »trdne volje«, ne razmišljajo o nevarnostih, ki jo spremljajo. Ko zmorejo dojeti, da so bolni, in ko v lastnem vedenju prepoznajo značilnosti bolezenske odvisnosti, lahko povežejo preteklo ravnanje z nevarnostjo, ki jo je to pomenilo. Šele prepoznavanje abstinenčnih znakov, tolerance in drugih zakonitosti bolezni zdravljencem omogoči razumeti lastno vedenje in razmišljanje. Razumejo, da je bila za brezizhodnost njihovega položaja kriva napredovala bolezen in ne njihov slab značaj, da so pili, ker so morali, in da se niso znali ustaviti, ker je bila potreba po omamni substanci močnejša od njihove volje. Sedaj se tudi zavedajo tveganja, ki ga je pomenila vožnja v opitem stanju. Pogosto so zgroženi in ogorčeni nad lastnim početjem, saj se šele po daljšem obdobju abstinence zares zavedo, kaj pomenijo razlike med vožnjo v treznem in vožnjo v opitem stanju.

- **Posledice**

Posledice vožnje pod vplivom PAS lahko razdelimo na posledice same in na načine soočanja zasvojenih z njimi.

Neposredne in posredne posledice vožnje v opitem stanju zajemajo ves razpon od zvite pločevine do telesnih poškodb in smrtnih žrtev. Že samo materialna škoda in denarne kazni so lahko vzrok za hude finančne stiske zasvojenih in njihovih družin. Če temu dodamo še odvzeta vozniška dovoljenja ter povzročene prometne nesreče z lažjimi ali težjimi telesnimi

poškodbami, čemur seveda sledi tudi odsotnost z dela, se razpon posledic močno razširi. Kako se zasvojeni spopadajo z občutki krivde, ko gre za smrtne žrtve, lahko le domnevamo. Načini soočanja z njimi so gotovo odvisni od več dejavnikov, predvsem pa od tega, kako daleč na poti bolezni odvisnosti so. Eni za nesreče krivijo slabe ceste, neugodne vozne razmere in druge zunanje dejavnike. Krivde pri sebi, v lastnem neustreznem vedenju niso sposobni prepoznati, če jo, pa te hude občutke lajšajo z begom v omamo.

Če so spoznani za krive, imajo pogosto občutek, da se jim godi krivica. Krivdo za to pripišejo policistom in njihovi pristranskosti, alkoholometrom, ki ne kažejo pravih vrednosti, drugim udeleženim. Tudi na odvzeme vozniških dovoljenj se različno odzivajo. Eni so do tega povsem brezbrižni in nepremišljeno vozijo naprej, zlasti ko gre za začasne odvzeme, drugi doživljajo občutke hude stiske. Težko si organizirajo vsakdanje življenje, saj jim vožnja pomeni nujo.

Dodatno stisko doživljajo ob zavedanju, kaj bi se zaradi vožnje v opitem stanju lahko zgodilo njim ali njihovim bližnjim oziroma drugim udeleženim. Borijo se z občutki sramu, jezni so nase, na druge. Nemalokrat so obupani nad brezizhodnostjo, saj nikjer ne najdejo rešitve. Ta izrazito negativna občutja premagujejo na edini znan način – še bolj pijejo in v omami iščejo tolažbo. V takem stanju pomislijo na samomor ali ga celo poskusijo narediti. Zajame jih občutek malodušja, postane jim vseeno, kaj se dogaja z njimi. Zopet se vrtijo v krogu in edino svetlo točko najdejo v zavedanju sreče v nesreči, v razmišljanju, da bi se lahko končalo mnogo huje, kot se je.

Včasih pa se kazni le približajo svojemu namenu in ob spletu drugih, za to ugodnih okoliščin, posredno vplivajo na razmišljanje zasvojenih.

5 RAZPRAVA

S kvantitativno raziskavo sem želela ugotoviti, ali glede varnosti v cestnem prometu obstaja statistično pomembna razlika v določenem vzorcu populacije pred in po zdravljenju zasvojenosti. Usmerila sem se zgolj na odvzeme vozniških dovoljenj, kot posledico kršitev cestnoprometnih predpisov, ne pa na samo vrsto teh kršitev. Iz podatkov tudi ni razvidno, za koliko časa so bila dovoljenja odvzeta. Tudi pri udeležbi v prometnih nesrečah sem se osredotočila na samo udeležbo zasvojenih voznikov v omenjenih dogodkih, ne glede na vzrok, povzročitelja in posledice.

Rezultati analize obravnavane problematike zgovorno kažejo na razliko, ki jo posledično povzroči samo zdravljenje zasvojenosti in kasneje uspešna rehabilitacija. To posebej poudarjam, ker le zdravljenje zasvojenih v bolnišnici še ne pomeni uspeha, temveč samo prvo stopnico k uspešnejšemu in kvalitetnejšemu življenju, glede na rezultat raziskave pa tudi varnejšemu. Na drugi strani pa uspešno rehabilitacijo poudarjam, ker tistih, pri katerih do te ni prišlo, raziskava ni zajela. Na *Srečanju,* kjer so bili izpolnjeni anketni vprašalniki, se zberejo, z redkimi izjemami, le *trezni in čisti.* Sami rezultati so bili glede na izkušnje dela z zasvojenimi sicer pričakovani, vendar so temeljili zgolj na občutku.

Pri samem računanju se je zastavilo vprašanje glede različnega trajanja obdobja, na katerega se nanašajo vprašanja pojavnosti posameznih dogodkov, kar bi morda lahko pomembno vplivalo na rezultate ali pa tudi ne. Čas po zdravljenju je čas neposredno po dogodku, ki je bil ključnega pomena za življenje posameznika. Najpogosteje se nanaša na nekaj let, in sicer pri približno polovici anketiranih nad pet, v nekaterih primerih tudi nad 15. Čas pred zdravljenjem bi težje definirali, saj so se nekateri opijali več kot 20 let, pri drugih pa se je bolezen razvila v bistveno krajšem času. Tu se bom ponovno oprla na izkušnje, ki kažejo na večjo pogostnost pojava stisk in težav zasvojencev, vključno z obravnavanimi dogodki, ki so na časovni premici bližje sprejemu v bolnišnico. Težave se stopnjujejo z napredovanjem bolezni. Ob upoštevanju tega dejstva se lahko z večjo gotovostjo opremo na dobljene rezultate, ki kažejo na bolj varno življenje v času abstinence. Obenem se mi zdi pomembno opozoriti še na podatke, ki govorijo o številu povratnikov med udeleženci prometnih nezgod. Teh je bilo nad 65 % ali z drugimi besedami, zasvojeni, ki so bili udeleženi v prometnih nezgodah pred zdravljenjem, so bili udeleženi povprečno 2-krat. Zelo podobni so rezultati pri odvzemih vozniških dovoljenj. Tudi tu vidimo enak odstotek povratnikov (65 %).

Iz navedenega lahko sklepamo, da vozniki, ki so zasvojeni, kljub visokim globam, ki so vzporeden ukrep odvzemov vozniških dovoljenj, in kljub pogostim udeležbam v prometnih nesrečah, ne glede na posledice, ne prenehajo z uživanjem PAS.[14] Rezultati raziskave ponovno potrjujejo, da pri zasvojenih zgolj z represivnimi ukrepi problema vožnje pod vplivom PAS ni mogoče rešiti.

Nekaj odgovorov na vprašanje, zakaj niti visoke kazni *ne streznijo zasvojenih,* ponujajo tudi rezultati kvalitativne raziskave, opisani v poskusni teoriji.

Vsi štirje udeleženi, ki so prispevali »empirično gradivo za raziskavo«, so o problematiki lastne vožnje pod vplivom PAS pripovedovali s precejšnjo časovno distanco (4 do 13 let). V tem obdobju so njihove boleče izkušnje zbledele, obarval pa jih je nov način razmišljanja. Zanj je značilno predvsem, da prepoznavajo razlike med vožnjo v treznem in opitem stanju, in da se zavedajo tveganja, ki ga je pomenilo njihovo vedenje v času uživanja PAS.

Poskusna teorija, zgrajena na izkušnjah sodelujočih, se popolnoma umešča v sklop znanstvenih spoznanj in dosedanjih raziskav o bolezni odvisnosti. Z njo ni bilo odkritega veliko novega, temveč se je na pričevanjih »ekspertov iz izkušenj« potrdilo to, na kar strokovnjaki s področja zasvojenosti že dolgo opozarjajo. Zasvojeni so bolni – bolni potrebujejo zdravljenje!

Vedenjski vzorci, v katerih se uživanje PAS, zlasti alkohola, in vožnja ne izključujeta, temeljijo v globoko zakoreninjenih socialnih navadah in so v tesni povezavi s človekovimi emocijami. Kot takšne jih je težko uskladiti z logiko in so odporni proti vsem zakonskim ukrepom, vendar pa to še ne pomeni, da ni mogoče ničesar spremeniti. V nekaterih evropskih državah so z dopolnjevanjem različnih ukrepov, kot so ostrejša zakonodaja, znižanje dopustne koncentracije alkohola v krvi voznikov in ustreznejša obravnava opitih voznikov v okviru zdravstvene selekcije, kar za tretjino zmanjšali delež cestnoprometnih nezgod pod vplivom alkohola. Opravljena raziskava potrjuje, da v primeru zasvojenih voznikov prva dva omenjena ukrepa zaradi same narave bolezni ne moreta obroditi sadov. Zasvojeni so kljub zaostrovanju kaznovalne politike še vedno vozili pod vplivom PAS. Tudi znižanje dovoljene koncentracije alkohola v krvi voznikov zanje ni bistvenega pomena, saj jih kakršna koli dovoljena

[14] Kjer ni posebej definirano, so pod skupnim poimenovanjem PAS mišljene nealkoholne psihoaktivne snovi in alkohol.

koncentracija alkohola bolj zavaja kot osvešča. Vemo, da zasvojeni ne morejo piti »malo«. So popolnoma trezni ali pijejo, kolikor od njih zahteva bolezen, to pa žal največkrat pomeni krepko preko dovoljene meje. Zanje bi nekaj pomenila le popolna nedopustnost prisotnosti alkohola v krvi voznika. Ker pa vemo tudi, da je zasvojenost bolezen, ki zahteva specifično obravnavo in da prenehanje uživanja PAS ni le stvar svobodne odločitve posameznika, lahko povzamemo, da bi bila ustrezna zdravstvena selekcija zasvojenih edini ustrezen ukrep, ki bi prispeval k večji varnosti. K izboljšanju stanja na področju varnosti cestnega prometa torej vodi takšna pravna ureditev, ki bo destimulirala prekomerno pitje alkoholnih pijač oziroma vožnjo pod vplivom katere koli PAS, hkrati pa visoko sankcionirala kršitelje in izključevala iz prometa tiste voznike, ki zaradi nesposobnosti kontrole nad uživanjem teh substanc ogrožajo sebe in druge. V praksi bi to pomenilo, da vozniki, za katere bi strokovnjak ugotovil, da so zasvojeni, ne bi dobili zdravniškega spričevala, potrebnega za izdajo vozniškega dovoljenja. Seveda pa se na tej točki obravnava nikakor ne bi smela zaključiti. Če bi se, bi zasvojene le usmerili v dodatne kršitve cestnoprometnih predpisov. Še naprej bi hranili svojo bolezen, ker bi jim to pomenilo edini znan način preživetja, le stiska bi se povečala. Hkrati bi najverjetneje tudi vozili, le da brez dovoljenja in morda več po stranskih cestah, v izogib policijskim kontrolam. Da temu ne bi bilo tako, bi se morala pot od »odvzetega« zdravniškega spričevala, zaradi nesposobnosti vožnje zaradi zasvojenosti, nadaljevati v smeri ustrezne obravnave. Tu ne moremo govoriti o obravnavi na recept, prav tako ne o enakem pristopu za vse zasvojene. Na tej točki vidim ključen pomen holističnega pristopa k problematiki zasvojenosti in hkrati individualno načrtovanega in prilagojenega potrebam vsakega posameznika.

Mejo med priložnostnimi ali zmernimi pivci in zasvojenimi je težko določiti. Danes splošno rabo pojma *alkoholizma* nadomešča *sindrom odvisnosti od alkohola in z alkoholom povezanimi okvarami* (SOA). Diagnozo sindroma je mogoče postaviti le s pomočjo skrbnega vrednotenja spremenjenega vedenjskega, subjektivnega in psihobiološkega stanja posameznika Šele ob upoštevanju navedenega lahko alkoholizem opredelimo kot bolezen, kot priučeno vedenje oziroma kot specifičen sožitni slog.

Živimo v družbi, ki je do vinjenega človeka visoko tolerantna. Jakopič (1982) to prizanesljivost razlaga na temelju emocionalnega odnosa do alkoholnih pijač in učinkov alkohola. V taki sredini alkoholika dejansko demaskira šele zdravljenje, ne pa njegovo dolgoletno disocialno vedenje. Iz tega stališča izhaja, da pomeni zdravljenje najhujšo kazen, ki lahko doleti alkoholika. Te predpostavke nam omogočajo razumeti, zakaj se zasvojeni

odločijo za zdravljenje šele, ko so pod dovolj močnim, običajno zunanjim pritiskom. Neizdano zdravniško spričevalo bi za voznika, vpetega v dinamično družbeno dogajanje, zagotovo pomenilo hud zunanji pritisk. Tu je nujno razmisliti, kako to stisko posameznika izkoristiti in jo transformirati v vzvod, ki ga bo dejansko usmeril v zdravljenje. Opravljena kvalitativna raziskava potrjuje, da samo kazni zasvojenih ne privedejo do odgovornejšega vedenja, vendar pa ob spletu drugih okoliščin posredno vplivajo na njihovo razmišljanje. Strah pred izgubo vozniškega dovoljenja je izrazit zlasti, ko je od tega odvisna njihova zaposlitev.

Ob prebiranju zakonodaje s področja varnosti cestnega prometa ne moremo zanikati, da se na tem področju vendar le nekaj spreminja. Če poznamo zakonitosti razvoja bolezni odvisnosti, potem vemo, da ZVCP-1 daje zakonsko podlago za izločitev zasvojenih iz populacije voznikov. Zakon namreč v posebnem poglavju, ki ureja področje zdravstvenih pregledov voznikov, opredeljuje tiste, ki zaradi telesne ali duševne nezmožnosti niso sposobni upravljati z motornimi vozili. Menim, da je prav na tem mestu, v zakonu in v praksi, potrebno postaviti smernice za različno obravnavo zasvojenih in tistih, pri katerih lahko govorimo o škodljivem uživanju PAS. Da bi strokovnjaki s področja poznavanja bolezni odvisnosti to selekcijo lahko opravili, pa morajo vozniki najprej potrkati na njihova vrata. Na kontrolni zdravniški pregled bi sodniki za prekrške nujno morali usmeriti kršitelje cestnoprometnih predpisov, ki so očitno alkoholiki in povratnike med kršitelji omenjenih predpisov. Kontrolni pregled bi moral biti nujen tudi v vseh primerih kršitve cestno prometnih predpisov pod vplivom alkohola. Prognoza zasvojenih bi bila morda boljša, če bi bili v zdravljenje usmerjeni bolj zgodaj in ne šele, ko nosijo s seboj breme povzročitve prometne nesreče pod vplivom PAS.

Na drugi strani pa ne morem mimo omembe aktualne Resolucije o nacionalnem programu varnosti cestnega prometa, ki povsem zaobide zasvojene. Z vzgojo, izobraževanjem ter preventivnimi in represivnimi ukrepi spremeniti slabe načine vedenja v prometu, je eden njenih ciljev. Če bi šlo pri vožnji pod vplivom PAS v vseh primerih zgolj za »slab način vedenja v prometu«, potem bi morda lahko govorili o ustreznosti tega cilja. Ko pogledamo na omenjeno problematiko z vidika poznavanja bolezni, pa nam postane jasno, da niti preventiva, niti represiva v smislu predpisanih glob in odvzemov vozniških dovoljenj, ne pripomoreta k njenemu razreševanju. Visoke kazni in začasni odvzemi vozniških dovoljenj samo poglabljajo stiske zasvojenih in jih dobesedno kaznujejo za bolezen, ne usmerijo pa jih v zdravljenje. Če bi bili v teh primerih napoteni na obvezni kontrolni zdravstveni pregled in bi strokovnjak

diagnosticiral bolezen odvisnosti, bi bilo nujno upoštevati, da je zasvojeni nesposoben za voznika motornih vozil. Zdravniško spričevalo ne bi smelo biti izdano vse dokler ne bo uspešno zaključil ustreznega programa zdravljenja zasvojenosti. ZVCP-1 nudi ustrezno zakonsko podlago za tako ravnanje, vprašljiva pa je doslednost izvajanja.

V sredstvih javnega obveščanja lahko vsakodnevno zasledimo množico podatkov, ki govorijo o vožnji pod vplivom PAS. Sam delež alkoholiziranih povzročiteljev med vsemi povzročitelji prometnih nesreč v letu 2008 v Sloveniji je znašal nekaj več kot 12 %. Nepoznavalcu razmer so številka morda niti ne zdi visoka. Se naši zavesti bolj približa podatek, da je vsak tretji povzročitelj prometne nesreče s smrtnim izidom vozil pod vplivom alkohola in da je povprečna stopnja alkohola v krvi teh voznikov znašala 1,6 ‰? Raziskave o tem, kolikšen je odstotek zasvojenih med njimi, nisem zasledila, kar pa ne preseneča. Kljub dolgoletnim prizadevanjem strokovnjakov s področja zdravljenja zasvojenosti, se selekcija zasvojenih in ne-zasvojenih v praksi še vedno ne izvaja.

Kršitev cestnoprometnih predpisov vpliva na življenje posameznika, njegovih bližnjih in celotne skupnosti. Če se osredotočimo samo na finančne spremembe, ki jih za družino zasvojenega kršitelja povzročijo visoke globe, vidimo, da te le še poglabljajo njihovo vsestransko stisko. Zasvojeni na predpisano globo v prvi fazi najpogosteje odreagira z jezo, v prepričanju, da se mu je zgodila krivica, kasneje pa z občutki nemoči in obupa.

Kaj to pomeni za samo kaznovalno politiko v zvezi z vožnjo pod vplivom alkohola, bi težko predvidela, a vse kaže na to, da lahko potrdim, kar sem že zapisala: *samo kaznovanje ne bo streznilo zasvojenih.* Bi bil morda bolj učinkovit prispevek k večji varnosti v prometu ukrep obveznega zdravljenja tistih, ki sami ne morejo več kontrolirati, kdaj bodo pili in kdaj vozili?

Posledice zasvojenosti niso vidne la na telesnem in duševnem področju, s katerima se pretežno ukvarja medicina. PAS človeka postopoma onesposobijo prav v vseh razsežnostih njegovega bivanja. Družbene posledice so opazne v njegovi ožji in širši okolici, predvsem v družini in na delovnem mestu, izrazite pa so tudi na področju kriminala in prometa. Alkohol pospeši nasilniško in proti družbi naravnano vedenje. Že pred dvajsetimi leti Ziherl (1989) piše, da je bilo več kot polovica vseh kaznivih dejanj storjenih pod vplivom alkohola in da je bilo med povzročitelji prometnih nesreč pri nas več kot tretjina voznikov pijanih. Tudi danes podatki bistveno ne odstopajo od navedenih, saj alkohol in druge PAS spreminjajo

psihofizične sposobnosti posameznika in posredno vplivajo na njegovo varnost in varnost tistih, ki z njim sobivajo.

Socialni delavci smo pri svojem delu vsakodnevno priča mnogih osebnostnih in socialnih tragedij prav zaradi škodljivih vplivov PAS. Tudi socialni delavci izven psihiatričnih ustanov bi morali biti dovolj usposobljeni za prepoznavanje zasvojenosti in morali bi temeljito poznati zakonitosti te bolezni. Le tako bi lahko stiske zasvojenih in njihovih svojcev ustrezno preusmerili od preprečevanja širjenja požara k temeljitemu gašenju. Da bi omogočili pogasiti tudi žerjavico, bi morali te stiske uporabiti kot vzvode za napotitev na zdravljenje. Jasno bi se morali zavedati, da zdravljenje enega družinskega člana, ki je zasvojen, pomaga zdraviti »bolno družino«, hkrati pa zmanjša možnost ne-varnega ravnanja v prometu.

Otroci, ki ostanejo brez staršev, bratov, sester, prijateljev, njihove psihične travme, travme staršev, ki jim ceste vzamejo otroke, posledično socialno ekonomske stiske, vdovske in družinske pokojnine po v prometni nesreči preminulih družinskih članih ipd., so le nekateri detajli žalostnih zgodb. Zelo zgovorni statistični podatki nas seznanjajo s številom mrtvih ali hudo telesno poškodovanih v prometnih nezgodah, katerih posreden ali neposreden vzrok je bila vožnja pod vplivom alkohola ali drugih PAS. Če bi prešteli tudi otroke, starše, može, žene idr., ki so jim ceste vzele ali s trajnimi posledicami zaznamovale njihove najdražje, bi bile številke še bolj skrb zbujajoče. Z njimi se, razen v manjši meri, ko iščejo zdravniško pomoč zaradi hudih travm, ne ukvarja nihče. Ostane jim stroka socialnega dela bodisi v smislu psihosocialne podpore, podpore v procesu žalovanja ali pomoči pri zagotavljanju socialno ekonomskega statusa preko vdovskih ali družinskih pokojnin, invalidnin, otroških dodatkov, denarnih socialnih pomoči ipd. Bi jih morali tudi mi prešteti in s tem pokazati, da problematika zasvojenosti zajame bistveno širši krog udeležencev, kot so mrtvi in poškodovani? Ali ni že skrajni čas, da tudi stroka socialnega dela odločneje nastopi s svojimi argumenti v boju proti zasvojenosti?

6 SKLEPI

- Če bi še se še enkrat znašla pred enako problemsko situacijo, bi zlasti kvantitativni del raziskave natančneje zasnovala. Srečanje zdravljenih alkoholikov v PB Vojnik sem izkoristila kot enkratno priložnost za anketiranje velikega števila udeleženih, vendar pa pogoji za samo izvedbo niso bili ravno najbolj ustrezni. V vrvežu množice ljudi so se anketirani težko osredotočili na sam vprašalnik, zato sem ga, na podlagi preteklih izkušenj, zastavila zelo enostavno. Temu primerni so bili tudi rezultati.

- Iz empiričnega dela naloge bi kot skupno povzela ugotovitev, da so zasvojeni manj varni udeleženci v prometu, kot abstinenti. To potrjujeta oba pokazatelja, obravnavana v kvantitativni raziskavi, in sicer odvzem vozniškega dovoljenja kot posledica prometnih prekrškov in sama udeležba zasvojenih voznikov v prometnih nezgodah. Tudi rezultati kvalitativne raziskave to ugotovitev potrjujejo.

- Zelo zgovoren je podatek o številu povratnikov, bodisi ko gre za kršitve, katerih posledica je odvzem vozniškega dovoljenja, ali za udeležbo v prometnih nesrečah. Enih in drugih je nad 65 %.

- Ker vemo, da je kršitelj vzporedno z odvzemom vozniškega dovoljenja, pa čeprav le za določen čas, dolžan plačati tudi globo, prav število povratnikov potrjuje, da samo represivni ukrepi ne streznijo zasvojenih.

- Zasvojeni kljub zavedanju, da njihovo ravnanje v prometu ni varno, ne morejo prenehati z uživanjem alkohola ali drugih PAS. V tem se kaže ena temeljnih zakonitosti bolezni odvisnosti.

- Vsakdanje življenjske situacije zasvojene silijo, da vozijo, čeprav so pili.

- Vožnja in pitje se v razmišljanju zasvojenih ne izključujeta. Na eni strani je razlog za to v nekritičnosti zasvojenih voznikov do lastnega stanja, saj se ne zavedajo tveganja. Na drugi strani pa je pitju naklonjeno okolje tisto, ki pomeni dodaten dejavnik za takšno razmišljanje.

- Zdravljenje zasvojenosti je ključni dejavnik pri zagotavljanju večje varnosti v prometu.

7 PREDLOGI

- Morda bi bilo smiselno narediti natančnejšo raziskavo za podobno ciljno populacijo in bolj natančno definirati samo udeleženost zasvojenih v prometnih nezgodah, glede na to, kdo so bili povzročitelji, kdo vozniki, soudeleženci ipd.

- Ob prebiranju magistrske naloge dr. Jožeta Jakopiča iz leta 1982 sem razmišljala, da bi bila podobna raziskava, opravljena v današnjem času, še vedno enako zanimiva. Vprašanje, koliko je med kršitelji 129., 130. in 131. člena sedanjega ZVCP, zasvojenih, ostaja odprto.

- Ob prebiranju strokovne literature s področja zasvojenosti in področja varnosti cestnega prometa sem zasledila številne raziskave, ki potrjujejo, da sta vožnja in uživanje alkohola ali drugih PAS izključujoča dejavnika. Po vsem tem se ne morem strinjati z veljavno zakonodajo, ki dovoljuje v krvi voznikov 0,5 ‰ alkohola. Ker menim, da navedena dovoljena koncentracija voznike bolj zavaja, kot varuje, podpiram predlog spremembe zakonodaje v smeri znižanja te vrednosti.

- Voznike, pri katerih je dvakrat ugotovljena višja koncentracija alkohola od dovoljene (do 1 ‰) ali tiste, pri katerih ta vrednost že prvič preseže 1 ‰, bi bilo nujno napotiti na kontrolni zdravniški pregled.

- Strokovnjaki bi morali voznike, pri katerih diagnosticirajo bolezensko odvisnost od alkohola ali drugih PAS, nujno usmeriti v zdravljenje, ostale pa v ustrezne edukativne programe.

- Zasvojeni so bolni, vendar zaradi narave bolezni na zdravljenje pristanejo šele, ko jih v to prisili zunanja situacija. V neizdanem zdravniškem spričevalu, potrebnem za izdajo vozniškega dovoljenja, vidim dodaten vzvod, ki bi zasvojene bolj zgodaj »prisilil« v zdravljenje.

- Omamljanje vseh vrst je slepa pega današnje družbe. Če si bomo še naprej zatiskali oči pred problematiko, ki ga spremlja, je nikakor ne bomo zmanjšali. Socialni delavci se na vseh področjih svojega dela srečujemo z zasvojenimi in njihovimi svojci oziroma s posledicami zasvojenost. Menim, da bi bilo smiselno te »primere« posebej evidentirati in s številkami seznaniti zakonodajalce in širšo javnost.

8 LITERATURA

- Alkoholizem za interno rabo. (2000). Skripta za interno uporabo PB Vojnik.
- Auer, Vladimir. (2001). *Droge in odvisnost.* Ormož: samozaložba.
- Auer, Vladimir. (2002). *Pretrmast, da bi pil.* Ljutomer: samozaložba.
- Barber, James G. (1997). *Socialno delo na področju zasvojenosti.* Prevedli Šimenc, Roman … [et al.]. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve.
- Bilban, Marjan. (2004). Vpliv alkohola na vozniško zmožnost. V: *Zdravstveno varstvo.* Strokovna revija, letnik 43. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
- Bilban, Marjan. (2005). Droge in psihoaktivna zdravila ter vozniška zmožnost. V: *Raba in zloraba drog. XI. Spominsko srečanje akademika Janeza Milčinskega.* Ljubljana: Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete.
- Bilban, Marjan. (2005). Vpliv alkohola na vozniško zmožnost. V: Milič, Janja, Pišljar, Marko (ured.), Diagnosticiranje odvisnosti od alkohola. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija.
- Boben Bardutzky, Darja. (2004). Motivacija in motivacijski postopki v obravnavi odvisnosti od alkohola. V: *Osnova zdravljenja odvisnosti od alkohola: Učbenik in smernice za delo.* Ljubljana: Psihiatrična klinika.
- Boben Bardutzky, Darja. (2004). Posebne skupine ljudi, ki so odvisni od alkohola. V: Čebašek Travnik, Zdenka, Rus Makovec, Maja (ured.), *Osnove zdravljenja odvisnosti od alkohola: Učbenik in smernice za delo.* Ljubljana: Psihiatrična klinika.
- Bunderla, Teja. (2007). Zloraba zdravil. V: *Izzivi družinske medicine: učno gradivo.* Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine.
- Čas, Petra. (2005). Določenost v zakonu – posest drog in voznik v cestnem prometu v postopku o prekršku. V: *Raba in zloraba drog. XI. Spominsko srečanje akademika Janeza Milčinskega.* Ljubljana: Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete.
- Čebašek Travnik, Zdenka, Rus Makovec, Maja. (2001). Miti, zmotna prepričanja in resnice o odvisnosti od psihoaktivnih snovi. V: Felc, Jože … [et al.]. *Viceversa 32.* Ljubljana: republiški strokovni kolegij za psihiatrijo Ljubljana.
- Čebašek Travnik, Zdenka, Zaletel Kragelj, Lijana, Hovnik Keršmanc, Marjetka (2004). Epidemiologija odvisnosti od alkohola. V: Boben Bardutzky, Darja … [et al.]. *Osnove zdravljenja odvisnosti od alkohola.* Medicina odvisnosti – osnovni učbenik. Ljubljana: Psihiatrična klinika,

- Čebašek Travnik, Zdenka. (2003). Raba, škodljiva raba in odvisnost od zdravil – kje so meje. V: Rus Makovec, Maja … [et al.]. *Raba, škodljiva raba in odvisnost od zdravil.* Ljubljana: Psihiatrična klinika.
- Flaker, Vito. (2002). *Živeti s heroinom 1. Družbena konstrukcija uživalca v Sloveniji.* Ljubljana: Založba / *cf.
- Gantar Štular, Helena. (2004). Diagnosticiranje sindroma odvisnosti od alkohola. V: Čebašek Travnik, Zdenka, Rus Makovec, Maja (ured.), *Osnove zdravljenja odvisnosti od alkohola: Učbenik in smernice za delo.* Ljubljana: Psihiatrična klinika.
- Gantar Štular, Helena. (2004). Komorbidnost sindroma odvisnosti od alkohola in drugih duševnih motenj. V: Čebašek travnik, Zdenka, Rus Makovec, Maja (ured.), *Osnove zdravljenja odvisnosti od alkohola: Učbenik in smernice za delo.* Ljubljana: Psihiatrične klinika.
- Hovnik Keršmanc, Marjetka. (2003). Dejavniki tveganja pri odraslih – alkohol. V: Bevc Stankovič, Mojca … [et al.]. *Preprečimo odvisnost.* Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije.
- Jakopič, Jože. (1982). *Alkoholik kot kršilec čl. 152 Zakona o temeljih varnosti cestnega prometa.* Magistrska naloga. Zagreb – Ljubljana: Stomatološki fakultet sveučilišta u Zagrebu.
- Jakopič, Jože. (1997). Odvisnost od alkohola in delazmožnost. V: *Duševne motnje in zmožnost za delo.* Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje.
- Kastelic, Andrej, Mikulan, Marija. (1999). *Mladostnik in droga: priročnik za starše in učitelje.* Ljubljana: Domus.
- Komisija evropskih skupnosti. (2006). *Strategija EU za podporo državam članicam pri zmanjševanju škode zaradi uživanja alkohola.* Bruselj: Sporočilo komisije Svetu, Evropskemu parlamentu, Ekonomsko socialnemu odboru in Odboru regij.
- Kvaternik Jenko, Ines. (2006). *Politika drog: pogledi uporabnikov in uporabnic.* Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- *Letno poročilo 2008: Stanje na področju problematike drog v Evropi.* Luxemburg: Urad za uradne publikacije Evropskih skupnosti.
- Lovrenčič, Mercedes, Drobne, Manca. (2004). Prepovedane droge in vožnja. V: *Zdravstveno varstvo,* 43.

- Lovrenčič, Mercedes, Lovrenčič Barbara. (2006). *Kokain.* Ravne: Zavod za zdravstveno varstvo Ravne.
- Maučec Zakotnik, Jožica. (1996). Odvisnost od benzodiazepinov. V: *Medicina odvisnosti. Zbornik prispevkov 1. Slovenske konference o medicini odvisnosti.* Ljubljana: Republiški strokovni kolegij za psihiatrijo.
- Mesec, Blaž. (1997), *Metodologija raziskovanja v socialnem delu I.* Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Mesec, Blaž. (2003), *Metodologija raziskovanja v socialnem delu II.* Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Mesec, Blaž. (s sodel.) (2003), *Navodilo za pisanje diplomske naloge.* Četrta izdaja. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Mesec, Blaž., Rode, Nino., Rihter, Liljana. (2004), *Primeri raziskovalnih nalog študentov.* Druga izdaja. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo.
- Ministrstvo za zdravje. Delovna področja. Javno zdravje. Sektor za krepitev zdravja in zdrav življenjski slog. Podstran: Alkohol in promet. [Avgust 2009] http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/javno_zdravje/sektor_za_krepitev_zdravja
- Morris, Richard, Fillenz, Marianne. (2003). *Prvi koraki v nevroznanost, znanost o možganih. [Neuroscience, science of the brain].* Iz angleščine prvedli Bon, Jure … [et al.]. Ljubljana: Sinapsa, slovensko društvo za nevroznanost: Izobraževalni in raziskovalni inštitut Ozara. 2007.
- Može, Aleksander. (2002). *Odvisnost od alkohola.* Idrija: Bogataj.
- Poročilo o delu policije za leto 2008. (2009). Ljubljana: Ministrstvo za notranje zadeve.
- Ramovš, Jože, Ramovš, Ksenja. (2007). *Pitje mladih.* Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Ramovš, Jože. (1981). *Alkoholno omamljen 1.* Celje: Mohorjeva družba.
- Ramovš, Jože. (2001), *Slovar socialno alkoholološkega izrazja.*Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- *Resolucija o nacionalnem programu varnosti cestnega prometa za obdobje 2007–2011. (Skupaj za večjo varnost). (ReNPVCP).* Uradni list RS, št. 2/2007 z dne 9. 1. 2007.

- Rok Simon, Mateja. (1999). Dejavniki tveganja za smrt in poškodbo voznika osebnega vozila v prometni nezgodi v Sloveniji. V: *Zdravstveno varstvo.* Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja. (Strokovna revija, letnik 43).
- Rus makovec, Maja, Čebašek Travnik, Zdenka. (2004) Uvodne besede. V: Čebašek Travnik, Zdenka, Rus Makovec, Maja (ured.), *Osnove zdravljenja odvisnosti od alkohola: Učbenik in smernice za delo.* Ljubljana: Psihiatrična klinika.
- Rus Makovec, Maja. (1997). Zdravljenje sindroma odvisnosti od psihoaktivnih snovi. V: *Medicina odvisnosti. Zbornik prispevkov 1. Slovenske konference o medicini odvisnosti.* Ljubljana: Republiški strokovni kolegij za psihiatrijo.
- Rus Makovec, Maja. (2004). Dejavniki, ki vplivajo na nastanek odvisnosti od alkohola. V: Čebašek Travnik, Zdenka, Rus Makovec, Maja (ured.), *Osnove zdravljenja odvisnosti od alkohola: Učbenik in smernice za delo.* Ljubljana: Psihiatrična klinika.
- Schmidt, Richard A. (1991). *Motor learning and performance.* Champaign: Human Kinetics.
- Strbad, Ervin. (2008). Droge in prometna varnost. V: *Naša lekarna,* 19. [4. 8. 2009], http://www.nasa_lekarna.si/clanek/droge_in_prometna_varnost/
- Täschner, Karl Ludwig. (2002). *Trde droge – mehke droge. [Harte Drogen – weiche Drogen?].* Prevedla Jurič, Nada. Ptuj: In obs medicus.
- Trčin, Zlatan. (1995). Toksikomanije mladih. V: Dermota, Lovro … [et al.]. *Odvisnost – družbeni problem včeraj, danes, jutri: zbornik razprav*. Maribor: Obzorja.
- WHO – World Health Organization. (1951). *Expert Committe on Mental Health, Report of the first session of the Alcoholism Subcommittee,* Tecnical Report Series, 42. Genova.
- *Zakon o varnosti cestnega prometa (ZVCP-1).* Ur. l. RS, št. 133/06-UPB.
- Ziherl, Slavko (1989). *Kako se upremo alkoholu.* Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Zorec Karlovšek, Majda. (2005). Raba in zloraba drog – forenzično-toksikološki vidiki. V: *Raba in zloraba drog. XI. Spominsko srečanje akademika Janeza Milčinskega.* Ljubljana: Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete.
- Židanik, Miloš, Čebašek Travnik, Zdenka. (2003). *Sindrom odvisnosti od alkohola*. Maribor: Dispanzer za zdravljenje alkoholizma in drugih odvisnosti.

- Žlender, Bojan. (2007). Prometna varnost. V: *Psihološki vidiki preventivnih dejavnosti v prometu.* Ljubljana: Znanstveno raziskovalni inštitut filozofske fakultete.
- Žmitek, Andrej. (1998). Samomorilnost – klinični vidik. V: *Urgentna stanja v psihiatriji.* Begunje: Psihiatrična bolnišnica.

9 PRILOGE

9.1 PRILOGA A: VPRAŠALNIK – RAZISKAVA A

VPRAŠALNIK

Prosimo, da obkrožite črko pred ustreznim odgovorom ali obkrožite NE/DA in dopolnite:

1. Spol **M** **Ž**

2. Starost: …… let

3. Zdravil sem se zaradi zasvojenosti:
   a) z alkoholom
   b) s tabletami
   c) z alkoholom in tabletami
   d) drugo (dopiši) ……

4. Ali ves čas po zdravljenju abstinirate: **DA –** ……. let **NE**
   - Če **NE**: najdaljše obdobje abstinence: ……. Let

5. **Pred zdravljenjem** mi je bilo odvzeto vozniško dovoljenje: **DA** **NE**
   - Če **DA –** kolikokrat: …….

6. **Po zdravljenju** mi je bilo odvzeto vozniško dovoljenje: **DA** **NE**
   - Če **DA –** kolikokrat: …….

7. **Pred zdravljenjem** sem bil kot voznik udeležen v prometni nesreči: **DA** **NE**
   - Če **DA –** kolikokrat: …….

8. **Po zdravljenju** sem bil kot voznik udeležen v prometni nesreči: **DA** **NE**
   - Če **DA –** kolikokrat: …….

9.2 PRILOGA B: SEZNAM ENOT KODIRANJA

A 1 Ja, veliko sem se vozil pijan.

A 2 Dopoldan še ne tak, po službi pa sem šel obvezno v gostilno na kako pivo. Potem sem seveda pil še doma. Sem imel zmeraj zalogo.

A 3 Sem pa probal tako zorganizirat, da mi ne bi bilo treba popoldne ali pa zvečer kam z avtom. Vedno se ni izšlo.

A 4 To se mi zdaj zdi najbolj grozno.

A 5 Največkrat sem o nevarnosti vožnje zaradi alkohola razmišljal, ko sem prebral kak časopis. Vedno sem pomislil, da bi se to lahko zgodilo tudi meni. Najbolj hudo mi je bilo, ko je bil udeležen kak otrok.

A 6 So mi večkrat očitali, da jih nimam rad, pa ni bilo res. Pokazat jim pa nisem znal, to je bilo to.

A 7 Ko sem videl kak razbit avto v časopisu, sem se večkrat zamislil. Toda to ni bilo dolgo. Ko sem nekaj spil, se s tem nisem več ukvarjal.

A 8 Sem se pa izogibal vožnji, kolikor se je dalo, ko sem zase še vedel, da sem preveč spil. Ko je npr. bilo potrebno koga kam peljati, sem vedno iskal izgovore.

A 9 Nisem toliko razmišljal, da bi se mi lahko kaj zgodilo.

A 10 Bolj sem se bal policajev, da bi moral pihati. Od izpita je odvisna moja služba, to sem še vedel.

A 11 Toleranco sem mel pred zdravljenjem zelooo visoko, nisem še bil tam, ko bi začela it navzdol. Po desetih pivih sem bil še čist normaln. No, tak se mi je zdelo, da lahko normalno vozim.

A 12 Seveda sem spil še veliko več. Ne vsak dan, to je res.

A 13 Sem se pa peljal tudi, ko bi menda napihal kake tri promile, če bi me ustavili.

A 15 Sem pa sigurno bil bolj nerodn, bolj počasi reagiral.

A 16 Je pa razlika, kolk je kdo sposoben vozit pri 0,5. Eden se čuti čisto sposobnega, drugi čuti, da nekaj ni vredu. Sigurno sta oba nevarna.

A 17 Bilo je zjutraj, na poti v službo. Mudilo se mi je, ker sem bil pozen.

A 18 Ko sem zavijal na prednostno cesto, sem enemu vzel prednost.

A 19 Ne da bi ga spregledal, videl sem ga, sam se mi je zdel še dosti daleč.

A 20 Kaj vem, sem se menda bolj obiral pri speljevanju. Sem pa bil prepričan, da sem trezen.

A 22 Ko so klicali policijo, sem že vedel, da sem kriv, bil sem živčen, ker bodo stroški, pa kazen, ni me pa bilo strah pihat, ker zjutraj še nisem nič spil.

A 23 Pa je pokazalo 0,63.

A 24 Sem se pa skregal s policajem, ker je trdil svoje, jaz pa svoje, da nisem pil.

A 25 Zdaj vem, da je bilo od prejšnjega večera.

A 26 Med zdravljenjem sem izračunal, kolk sem moral imet zvečer.

A 27 Takrat pa sem bil stoprocentno prepričan, da se mi je zgodila krivica, da je bilo nekaj narobe z aparatom.

A 28 Materialna škoda. Čist sem razbil avto. On drugi je bil manj razbit kot moj.

A 29 Na srečo hujših telesnih poškodb ni bilo, ker je on drugi zaviral.

A 30 Samo udarnine. Z glavo je udaril. Ni bilo posledic.

A 31 Ja, na srečo.

A 32 Če bi pripeljal s polno brzino, bi se lahko končalo tudi tragično.

A 33 Večkrat sem plačal kazen, ker sem napihal. Zadnja kazen, zaradi nesreče – dal sem celo plačo, pa ni bilo dovolj. Bilo je hudo. Vleklo se je dolgo, ker nisem mogel plačati. Potem sem moral dati denar.

A 34 Bil sem čisto obupan.

A 35 Sram me je bilo pred otroki, žena se je najprej jezila, me zmerjala, potem je jokala, jokala …

A 35 Še bolj sem se napil. Vrtel sem se v začaranem krogu.

A 37 Takrat nisem nič računal. Ona je že dolgo vse urejala. Čudim se, kako je zmogla. Jaz sem dal bolj malo denarja od sebe, tisto, kar sem dal, pa se mi je zdelo veliko.

A 38 Kot sem že rekel, najprej sem se jezil.

A 39 Zaradi smole, da se je zgodilo, kar se je, potem pa seveda zaradi krivice. Nisem mogel dokazat.

A 40 Da bi mi pokazalo od prejšnjega večera, nisem niti pomislil.

A 41 Da je šlo točno za to, se mi je razjasnilo oziroma sem si razčistil šele na zdravljenju.

A 42 No, ko se danes spomnim, se lahko samo zahvalim bogu, da se je končalo, kot se je.

A 43 Zdaj vem, da sem bil zjutraj, ko se je zgodila nesreča, živčen, ker je padala koncentracija alkohola.

A 44 Vprašanje, kolikokrat sem vozil pri več kot 0,5 že zjutraj. Ne vem.

A 45 Sem vedno mislil, da sem trezen, ker pred službo nikoli nisem upal pit.

A 46 Zdaj lahko sedem za volan, kadar koli. Brez skrbi. Ne iščem več stranskih poti, ni mi potrebno biti več tako silno pozoren na to, kje, za katerim vogalom stojijo. Svojo pozornost lahko usmerim na druge stvari.

A 47 Prej sem na cesti najbolj pazil na policaje, se izogibal odsekom, kjer sem vedel, da večkrat stojijo.

A 48 Lahko bi rekel, da sem vozil v nekakšnem krču.

A 49 Če pogledam nazaj, se lahko samo zahvalim bogu, da se ni kaj hujšega zgodilo. Hvala bogu, nisem imel nič takega, da bi koga povozil ali kaj podobnega, lahko bi pa bilo.

A 50 Prišel sem v službo, moral sem v avto.

A 51 Na srečo zjutraj takoj ni bilo potrebno na pot.

A 52 Zjutraj nisem nikoli pil.

A 53 Najbrž je bilo še dovolj alkohola od prejšnjega večera. No, to sem se naučil na zdravljenju. Prej sem se tolažil, da lahko zdržim brez, če hočem. Sem si mislil, da so pijančki samo tisti, ki že na tešče pijejo.

A 54 Prve ure v službi sem nekako porabil za to, da sem se »spravil k sebi«. Potem sem šel na pot. Trudil sem se prikriti, če so se mi tresle roke. Mislil sem, da sem živčen. Trdno sem se oklepal volana, da sopotniki ne bi opazili. Pa močno sem se potil

A 55 Proti koncu službe sem pa že nujno moral kaj popiti. To se je seveda popoldne nadaljevalo.

A 56 Že ko sem se peljal iz službe, sem bil pod vplivom alkohola, ki sem ga popil med delom, zjutraj pa najbrž se pod vplivom tistega od prejšnjega dne.

A 57 Kaj vem, koliko bi napihal, če bi me ustavili s službenim avtom. Moral bi imeti 0,00 ‰, pa nisem prepričan, da sem to sploh kdaj zmogel.

A 58 Ne, ni bilo to. Na zdravljenje sem šel, ker bi drugače ostal brez službe. Sem v službi dvakrat napihal.

A 59 Ja, če bi mi vzeli izpit že takrat, bi pa tudi izgubil službo. Se je na srečo tako izteklo, da sem bil brez izpita ravno v času zdravljenja.

A 60 Vozil sem se samo, ko je bilo nujno. Ne po gostilnah.

A 61 V gostilno sem šel samo spotoma, ko sem šel iz službe. Potem sem v trgovini kupil vino, pivo, kar je pač bilo, in pil doma.

A 62 Ja, alkohol nima kaj iskat na cesti.

A 63 Ko si zadet, ne veš, če pa že pomisliš na to, da je nevarno, pa misliš le na policaje. Vse drugo je za kratek čas.

A 64 Ne moreš sam odločat o sebi. Alkohol mora bit, to je glavno. Vse misli se ti vrtijo okol tega. Ko ga nimaš, kje ga boš dobil, ko piješ, si »pametn«, ko se trezniš, si živčen. Začaran krog.

B 1 Veliko, vsak dan, bi lahko rekel, sem vozil pod vplivom alkohola ali tablet.

B 2 Nikoli. Sploh nisem razmišljal, strah me je bilo samo policajev, če bo kje za vogalom, nič drugega.

B 3 Pred nesrečo sem pil,

B 4 Jasno, če se osredotočim na eno, ki je bila s poškodbami, druge so se končale samo z zvito pločevino.

B 5 Če bi imel današnji reakcijski čas, bi bil lahko večino nesreč preprečil.

B 6 Vedno sem se potrudil, da smo se zmenili brez policistov in da nisem pihal. Sem vedel, da bi si drugače zakompliciral. No, tista, ko je bila voznica v drugem avtu poškodovana.

B 7 Hm, spregledal sem rdečo luč na semaforju, potem pa sunkovito zabremzal, pa me je zaneslo na drug pas.

B 8 Pa nisem napihal več kot 0,41 ‰.

B 9 Sem pa bil nervozen tisti dan, to pa. Že pred nesrečo. Bilo je dopoldan, ko še nisem imel svoje doze.

B 10 Materialna škoda, enkrat telesne poškodbe. Voznica, v ktero sem se zaletel, je imela zlomljeno roko, sam sem bil samo malo porezan po obrazu od stekla.

B 11 Je pa imela v avtu otroka, pa mu na srečo ni bilo nič. Groza. Lahko bi ga bil ubil.

B 12 Najprej sem bil jezen sam na sebe, potem sem se pa tolažil, da ni bilo še kaj hujšega. To, nič druga.

B 13 Ko sem potem kdaj trezen pomislil na tistega otroka, mi je pa bilo zmeraj grozno.

B 14 Zdaj vem, kdo vozi pijan. Obnaša se točno tako, kot sem se jaz. Pod vplivom alkohola voziš nenormalno, neprimerno času, razmeram … Takrat nisem vedel, zdaj pa vidim.

B 15 Ne vidi semaforja ali pa ga vidi zadnji čas, potem pa sunkovito zavira, sunkovito speljuje, izsiljuje, zmanjša se mu zorni kot.

B 16 Sem videl samo cesto in popolnoma nič drugega, le rob ceste, in če bo kje kak policaj.

B 17 Se ne obnašajo nenormalno, pa vidiš, da je nekaj narobe z njimi.

B 18 Sigurno se sploh ne bi zgodile. (Prometne nesreče).

B 19 Vse druge pa, če bi imel sedanji reakcijske sposobnosti, ne, sploh jih ne bi bilo.

B20 Bistvene razlike: zdaj vozim strogo po omejitvah, vedno si vzamem čas.

B 21 Prej se je vedno nekam mudilo, ker je bilo treba še nekaj spit.

B 22 Bolj po pameti vozim, po predpisih.

B 23 Prej smo iskali vse možne luknje, vse stranske poti, samo da ne prideš do policajev.

B 24 Vem, da sem pod vplivom alkohola vozil sunkovito, potem pa zaviral. Samo gas – bremza, gas – bremza. Pospeševal sem, prehiteval, sprevljal v nevarnost sebe in druge.

B 25 Pomemben je reakcijski čas in zorni kot.

B 26 Ko si pijan, ne voziš normalno. Takrat sem pospeševal, prehiteval, mogoče še druge spravljal v nevarnost, samo takrat se mi to ni zdelo.

B 27 Ko si trezen, v ovinek ne boš šel prehitevat, ko si »pod gasom«, pa gre. Zdaj vidim, da je nekaj narobe s tistim, ki tako vozi.

B 28 Nesreče in odvzemi niso bili povod za zdravljenje.

B 29 Bolj hudo je bilo, ko sem bil brez izpita. Brez se nisem vozil – sem strogo upošteval.

B 30 To me je bilo strah, da bi me še enkrat dobili. Avto sem rabil.

B 31 Če bi takrat ne dobil vozniškega dovoljenja, vprašanje, če bi se šel zdravit.

B 32 Ko si zasvojen, si najbolj pameten, vsi drugi so butasti. Ni še bilo dovolj hudo. Še hujše stvari so se morale zgoditi.

C 1 Toliko sem se zavedal, da pijem, da sem se izogibal vožnji, kolikor se je pač dalo. Je pa bilo težko.

C 2 Moral sem se voziti v službo, odvisen sem bil od avta, brez pijače pa tudi ni šlo.

C 3 Ogromno sem prevozil pijan.

C 4 Čez dan sem še nekako kontroliral, proti večeru pa ni šlo več. Sem se trudil, da takrat ne bi vozil, pa vseeno sem.

C 5 Proti koncu sem si pomagal s tabletami. Sem vzel zjutraj, ko sem se tresel, pa še dopoldan, v službi, kak Lexaurin.

C 6 Da sem tudi z njimi zasvojen, sem videl šele na zdravljenju. Prej se mi ni zdelo.

C 7 Ni bilo samo dvakrat, da sem pil, le dobili so me dvakrat.

C 8 Da pa sem bil kdaj omamljen od tablet, pa sploh nisem pomislil.

C 9 Zdaj vem, da sem bil. Sem razmišljal o vožnji pod vplivom alkohola, zato pa sem se izogibal. Ko pa moraš na cesto, moraš na cesto.

C 10 Če zares pomislim, sem se bolj bal policajev.

C 11 Na to, da sem nevaren voznik, pravzaprav nisem mislil. Nisem razmišljal, kaj bi se mi lahko zgodilo.

C 12 Sem se imel za dobrega šoferja.

C 13 Bal sem se pa odvzema vozniškega.

C 14 Pozna ura, šel sem z nekega vsakodnevnega, čisto navadnega popivanja. V ovinku sem izgubil oblast nad vozilom.

C 15 Bil sem v nezavesti. Udaril sem z glavo. Hitro sem prišel k sebi.

C 16 V bolnici so mi vzeli kri, pa je pokazalo nekaj čez 1 ‰. Ne spomnim se natančno.

C 17 Na srečo ni bilo hujših posledic, pa nobenega drugega nisem poškodoval. Ne vem, kako bi sprejel, če bi se mi kaj takega zgodilo.

C 18 V tisti situaciji, v stanju, kot sem bil, bi se najbrž totalno zapil. Eni se.

C 19 Par dni opazovanja v bolnici, pa bolniška, ne vem več, se mi zdi, da dva tedna. Avto je bil pa totalka. Groza. Težko sem prišel do drugega.

C 20 Pa sledil je odvzem.

C 21 No, drugi odvzem je bil pa za tri mesece, ker so me dobili policaji. Kontrola prometa pač.

C 22 Prav tako pozno zvečer. Vračal sem se s popivanja.

C 23 Napihal sem okrog 1 ‰. Verjetno, da sem bil sumljiv.

C 24 Nisem razmišljal, da so krivi policisti, na primer, ko so me dobili. Zavedal sem se, da sem pod vplivom alkohola, da ne bi smel biti na cesti.

C 25 Zdaj vedno pravim, da bog ne daj pijan na cesto.

C 26 No, ob nesreči sem se najprej jezil, krivil ovinek, pa slabo cesto, pa kaj vem, kaj še.

C 27 Po nesreči mi je parkrat prebilo, da imam pravzaprav srečo, da se je končalo, kot se je, da nimam kakih posledic.

C 28 Glava me je bolela večkrat, to je vse. Dokler sem pil, sem pač pil, pa nisem tako občutil.

C 29 Eno je gotovo – zdaj se počutim bolj varen, z nekim užitkom sem na cesti,

C 30 ne pa kot prej, ko sem bil kar naprej v nekem strahu, me bodo dobili ali ne.

C 31 Ko si zasvojen, je že eno pivo preveč.

C 32 Ne znaš se ustaviti in pač piješ.

C 33 Se čutiš sposobnega, samo policajev te je strah.

C 34 Vso pozornost usmeriš v to, da bi jih pravočasno odkril.

C 35 V vsakem primeru je bila vožnja napor.

C 36 Nisem se počutil dobro, pa sem moral voziti.

C 37 Vezan si, moraš v službo, pa veš, da ne bi smel za volan.

C 38 Strašno je bilo včasih. Ko pomislim, da sem se vozil brez izpita, ko so mi ga vzeli, ker bi drugače ostal brez službe, me še danes stisne.

C 39 Nikomur nisem povedal, ker sem se bal za službo, in sem se normalno vozil, kot da se ni nič zgodilo.

C 40 Je pa res, da se s takimi primeri odvisnost in posledice, vse skupaj samo še stopnjuje. Še bolj piješ in vedno globlje toneš.

C 41 Ves čas si pod pritiskom. Vožnja, vse te stvari, stiska k stiski, pa je enkrat vreča polna.

C 42 Tako, kot se je pri meni zaključilo, s poskusom samomora. Enostavno ne preneseš več. Vrata se zapirajo. Ta del sigurno vpliva.

C 43 Edina sreča je ta, da se ni kaj hujšega zgodilo.

C 44 Sama denarna kazen me ni tako prizadela. Zaslužil sem še dobro. Težko bi danes primerjal, spomnim pa se, da ni bilo težko plačati. Po novem zakonu bi bilo bistveno drugače.

C 45 Direktno ne, pač pa se je počasi nabiralo. Posredno je pa bil povod, seveda. (Odvzem – za zdravljenje).

C 46 Zaradi službe sem se najbolj bal za izpit. Če ne bi dobil izpita nazaj, bi se že zaradi tega moral prej zdravit, ker bi drugače bil brez službe.

C 47 Pravzaprav si kaznovan, ker si bolan.

D 1 Ves čas! Vedno! (Sem vozil pod vplivom alkohola).

D 2 Nikoli! Razen morda malo, ko sta bili v avtu še žena in hčerka. (Razmišljal o nevarnosti).

D 3 Vem točno, kako je bilo. … Pripeljem do glavne ceste, pogledam levo in zavijem.

D 4 Pa sem zapeljal preveč na nasprotni vozni pas. Prav takrat je po njem pripeljal avto, po obvoznici. Sva čelno trčila.

D 5 Na srečo ni bilo nikomur nič.

D 6 Samo avtomobila sta bila razbita. Njegov (soudeležencev) popolnoma, totalka, moj malo manj, a tudi ni bil v voznem stanju.

D 7 So poklicali policijo, pihal sem, 2,86 ‰.

D 8 Sem seveda pil prej (na kolinah) čaj in šnops.

D 9 Zavarovalnica je njemu (soudeležencu) krila stroške, jaz sem pa plačeval tri leta in pol, po četrtino plače na mesec, na obroke. Odvoz avta, škodo … Pa me še ni izučilo. Kupil sem drug avto, nič posebnega. Težko sicer, ker nisem imel denarja, pa je nekak šlo.

D 10 Ko so mi vzeli dovoljenje za štiri mesece, sem se ves čas vozil brez izpita.

D 11 Kako uro, preden sem šel nazaj, sem nehal pit. Sem mislil, da je to vredu, da sem trezen. Nisem vedel, kako to poteka, kako dolgo se trezniš. Sem spil vodo ali pa čaj, prej ko sem šel na pot, pa je bilo.

D 12 Se mi je zdelo, da sem sposoben, da čisto vredu vozim.

D 13 Glavno mi je bilo, čeprav sem imel v sebi veliko alkohola, da ženi in hčerki ni bilo nič, se mi je zdelo, da sem se v trenutku streznil.

D 14 Potem mi je pa bilo tako nekak kar vseeno. Kaj vem. Ko so prišli policaji, sem bil čisto flegma.

D 15 Po nesreči, ko sem izvedel, koliko bo kazni, sem se že malo zamislil. Se malo zbrihtal.

D 16 Sem šel na zavarovalnico in se zmenil, da bom plačeval po obrokih. Drugače tako nisem bil zmožen.

D 17 Mogoče sem nekaj časa malo manj pil, potem pa normalno spet naprej, veliko, veliko, ko sem se že navadil tega.

D 18 Čisto drugače. Danes do tega sploh ne bi moglo priti, no, malo verjetno.

D 19 Takrat mi je bilo vseeno.

D 20 Kazen je bila takrat kar velik zalogaj. Sem dal, preračunano v sedanjo situacijo, približno 200 € mesečno, tri leta in pol, kar bi bilo približno osem tisoč evrov in pol, tako nekako.

D 21 Če bi mi takrat ne dali več vozniškega, bi se skoraj sigurno šel zdravit, tako pa sem vedel, da ga bom dobil nazaj in se nisem prehudo sekiral.

D 22 Prej nisem bil tako pozoren, ko sem vozil.

D 23 Trezen bolj gledaš znake, okolico, kaj se dogaja na cesti.

D 24 Da bi se tresel in zato ne bi mogel vozit, se ne spomnim. Sem zmeraj kaj spil, da so se mi roke umirile.

D 25 Bil sem pa bolj flegma, se nisem sekiral, nič nisem mislil, da bi se mi lahko kaj naredilo.

D 26 Zdaj lahko rečem za sebe, da sem siguren voznik, dobro vozim, ne izzivam nevarnosti,

D 27 prej pa, kaj vem, če pomislim nazaj, se mi zdi, da sploh nič nisem mislil, ko sem vozil.

D 28 Pa nisem se sekiral, če kaka luč ni gorela ali kaj podobnega. Avto sem popravil za tehničnega, potem pa, samo da sem se peljal. Sem imel stare avte, niso bili kdo ve kaj.

D 29 Ko so me dobili v službi, sem začel mislit zraven še na kazni.

D 30 Nisem pa mogel biti trezen.

D 31 Sem po poti, ko sem šel iz službe, kupil dva litra vina in ga počasi šlukal, potem pa sigurno še kam šel z avtom. Že zjutraj pa sem si nesel pijačo s seboj v službo, jo skril, pa potem »po potrebi pil«.

9.3 *PRILOGA C: PREGLEDNICA HIERARHIJE KOD*

HIERARHIJA KOD, KI SE NANAŠAJO NA VEDENJE VOZNIKOV

(ležeče so pripisani pojmi)

1 Vedenje v prometu

1.1 PRED ZDRAVLJENJEM

1.1.1 Prevladovanje vedenja, usmerjenega k pitju

- **Mora piti**

A 55 Proti koncu službe sem pa že nujno moral kaj popiti. To se je seveda popoldne nadaljevalo. / *mora piti*

D 29 Nisem pa mogel biti trezen. / *mora piti*

- **K pitju usmerjeno vedenje**

A 64 V gostilno sem šel samo spotoma, ko sem šel iz službe. Potem sem v trgovini kupil vino, pivo, kar je pač bilo, in pil doma. / *k pitju usmerjeno vedenje*

B 21 Prej se je vedno nekam mudilo, ker je bilo treba še nekaj spit. / *k pitju usmerjeno vedenje*

D 30 Sem po poti, ko sem šel iz službe, kupil dva litra vina in ga počasi šlukal, potem pa sigurno še kam šel z avtom. Že zjutraj pa sem si nesel pijačo s seboj v službo, jo skril, pa potem »po potrebi pil«. / *k pitju usmerjeno vedenje*

A2 Po službi sem šel obvezno v gostilno na kako pivo. Potem sem seveda pil še doma. Sem imel zmeraj zalogo. / *k pitju usmerjeno vedenje*

- **Prikrivanje abstinenčnih znakov**

A 54 Trudil sem se prikriti, če so se mi tresle roke. Mislil sem, da sem živčen. Pa močno sem se potil. / *abstinenčni znaki*

- **Izogibanje abstinenčnim znakom**

D 24 Da bi se tresel in zato ne bi mogel vozit, se ne spomnim. Sem zmeraj kaj spil, da so se mi roke umirile. / *dolivanje*

1.1.2 Vožnja pod vplivom alkohola

- **Mora voziti, čeprav se zaveda, da ne bi smel, ker je pil**

A 50 Prišel sem v službo, moral sem v avto. / *mora voziti*

A 63 Vozil sem se samo, ko je bilo nujno. / *vozi, ker mora*

C 2 Moral sem se voziti v službo, odvisen sem bil od avta, brez pijače pa tudi ni šlo. / *mora voziti, čeprav opit*

C 36 Nisem se počutil dobro, pa sem moral voziti. (bil živčen) / *mora voziti*

C 37 Vezan si, moraš v službo, pa veš, da ne bi smel za volan. / *mora voziti*

- **Poskuša se kontrolirati (da ne bi vozil, ko je pil; da bi manj pil)**

C 4 Čez dan sem se še nekako kontroliral, proti večeru pa ni šlo več. Sem se trudil, da takrat ne bi vozil, pa vseeno sem. / *poskus samokontrole*

D 1 Sem nekaj časa (po nesreči) malo manj pil, potem pa normalno spet naprej, veliko, veliko, ko sem se že navadil tega. / *poskus samokontrole*

- **Izogiba se vožnji, ko ve, da je pil**

A3 Sem pa probal tako zorganizirat, da mi ne bi bilo treba popoldne ali pa zvečer kam z avtom. Vedno se ni izšlo. Sem že moral po kaj v trgovino. Če ne druga, po pijačo, ali pa je bilo treba katerega od otrok kam peljat. / *poskus izogibanja vožnje v opitem stanju*

A 8 Sem se pa izogibal vožnji, kolikor se je dalo, ko sem zase še vedel, da sem preveč spil. … Sem vedno iskal izgovore. / *izogibanje vožnji*

C 1 Toliko sem se zavedal, da pijem, da sem se izogibal vožnji, kolikor se je pač dalo. / *izogibanje vožnji*

- **Zjutraj ne pije**

A 22 zjutraj še nisem nič spil. / *zjutraj ni pil*

A 52 Zjutraj nisem nikoli pil. / *zjutraj ni pil*

- **Vozi z dovoljeno koncentracijo alkohola**

B 8 Pa nisem napihal več kot 0,41 ‰. / *vozi z dovoljeno koncentracijo alkohola*

- **Vozil opit (veliko, vsak dan, stalno, ogromno)**

A 1 veliko sem se vozil pijan. / *vozi opit – veliko*

A 56 Že ko sem se peljal iz službe, sem bil pod vplivom alkohola, ki sem ga popil med delom, zjutraj pa najbrž še pod vplivom tistega od prejšnjega dne. / *vozi opit*

B 1 Veliko, vsak dan, bi lahko rekel. (sem vozil pod vplivom alkohola) / *vozi opit – veliko, vsak dan*

C 3 Ogromno sem prevozil pijan. / *vozi opit*

C 23 Napihal sem okrog 1 ‰. Verjetno, da sem bil sumljiv. (Kontrola prometa) / *vozil opit*

D 1 Ves čas! Vedno! (sem vozil pod vplivom PAS) / *vozi opit – vedno*

D 8 Sem seveda pil prej čaj in šnops. / *vozi opit*

- **Vozil z visoko koncentracijo alkohola v krvi**

A 13 Sem se pa peljal tudi, ko bi menda napihal kake tri promile, če bi me ustavili. / *vozi ob visoki koncentraciji alkohola*

- **Izogiba se policistom (vso pozornost usmeri na policijske kontrole)**

A 47 Prej sem na cesti najbolj pazil na policaje, se izogibal odsekom, kjer sem vedel, da večkrat stojijo. / *izogibanje policistom*

B 6 Vedno sem se potrudil, da smo se zmenili brez policistov in da nisem pihal. Sem vedel, da bi si drugače zakompliciral. / *izogibanje policistom*

B 23 Prej smo iskali vse možne luknje, vse stranske poti, samo da ne prideš do policajev. / *izogibanje policistom*

C 34 Vso pozornost usmeriš v to, da bi jih pravočasno odkril. (policiste) / *izogibanje policistom*

- **Povzročil prometno nesrečo pod vplivom alkohola**

A 23 je pokazalo 0,63. / *opit povzročil nesrečo*

B 3 Pred nesrečo sem pil, / *opit povzroči nesrečo*

C 16 (Po nesreči) Je pokazalo nekaj čez 1 ‰. / *opit povzročil nesrečo*

D 7 (Po nesreči) Pihal sem, 2,86 ‰. / *opit povzročil nesrečo*

- **Vozi brez vozniškega dovoljenja**

D 10 Ko so mi vzeli dovoljenje za štiri mesece, sem se ves čas vozil brez izpita. / *vozi brez dovoljenja*

1.1.3 Način vožnje v opitem stanju

- **Počasneje reagira**

A 15 Sem pa sigurno bil bolj nerodn, bolj počasi reagiral. / *počasnejše reagiranje*

A 20 Kaj vem, sem se menda bolj obiral pri speljevanju / *počasnejše reagiranje*

- **Napačno oceni razdaljo**

A 19 Ne da bi ga spregledal, videl sem ga, sam se mi je zdel še dosti daleč. / *napačna ocena razdalje*

- **Vozi ne-varno (sunkovito, agresivno, nepremišljeno, neprevidno, nepozorno, nesproščeno)**

A 48 Lahko bi rekel, da sem vozil v nekakšnem krču. / *vozi v krču*

B 24 Sem pod vplivom alkohola vozil sunkovito, potem pa zaviral. Samo gas – bremza, gas – bremza. Pospeševal sem, prehiteval, sprevljal v nevarnost sebe in druge. / *agresivna vožnja*

B 26 Sem pospeševal, prehiteval, mogoče še druge spravljal v nevarnost, samo takrat se mi to ni zdelo. / *nevarna vožnja*

B 27 Ko si trezen, v ovinek ne boš šel prehitevat, ko si »pod gasom«, pa gre. / *nepremišljenost*

D 4 Sem zapeljal preveč na nasprotni vozni pas. / *neprevidno vozi*

- **Pozornost je zmanjšana (zožena pozornost, spregleda semafor)**

B 7 Spregledal sem rdečo luč na semaforju, potem pa sunkovito zabremzal, pa me je zaneslo na drug pas. / *spregleda semafor, sunkovito vozi*

B 16 Sem videl samo cesto in popolnoma nič drugega, le rob ceste, in če bo kje kak policaj. / *zožena pozornost*

D 22 Prej nisem bil tako pozoren, ko sem vozil, / *nepozorno vozi*

- **Izsiljuje prednost**

A 18 Ko sem zavijal na prednostno cesto, sem enemu vzel prednost. / *vzel prednost*

- **Ne obvlada vozila (izgubil oblast nad vozilom)**

C 14 V ovinku sem izgubil oblast nad vozilom / *izgubil oblast nad vozilom*

- **Se prepira s policisti**

A 24 Sem se pa skregal s policajem, ker je trdil svoje, jaz pa svoje, da nisem pil. / *se krega s policistom*

- **Vožnja je napor**

C 35 V vsakem primeru je bila vožnja napor. / *vožnja je napor*

1.2 PO ZDRAVLJENJU

- **Osredotočenje na vožnjo**

D 23 Trezen bolj gledaš znake, okolico, kaj se dogaja na cesti. / *osredotočenje na vožnjo*

A 46 Zdaj lahko sedem za volan, kadar koli. Brez skrbi. Ne iščem več stranskih poti, ni mi potrebno biti več tako silno pozoren na to, kje, za katerim vogalom stojijo. Svojo pozornost lahko usmerim na druge stvari. / *osredotočenje na vožnjo*

- **Vožnja po predpisih**

B 22 Bolj po pameti vozim, po predpisih. / *vozi po predpisih*

B 20 Zdaj vozim strogo po omejitvah, vedno si vzamem čas. / *vozi po pravilih*

- **Zanesljiv voznik (občutek varnosti)**

C 29 Zdaj se počutim bolj varen, z nekim užitkom sem na cesti, / *občutek varnosti*

D 26 Zdaj lahko rečem za sebe, da sem siguren voznik, dobro vozim, ne izzivam nevarnosti, / *zanesljiv voznik*

PREGLEDNICA KOD, KI SE NANAŠAJO NA RAZMIŠLJANJE VOZNIKOV

(ležeče so pripisani pojmi)

2 Razmišljanje o vožnji pod vplivom alkohola

2. 1 PRED ZDRAVLJENJEM

2. 1. 1 Občutek lažne treznosti

- **Prepričan je, da vozi trezen, ker zjutraj še ni pil (ne ve, ne pomisli, da je alkohol v krvi od prejšnjega večera)**

A 22 ni me pa bilo strah pihat, ker zjutraj še nisem nič spil. (napihal 0,63 ‰) / *nevednost*

A 40 Da bi mi pokazalo od prejšnjega večera, nisem niti pomislil. / *nevednost*

A 45 Sem vedno mislil, da sem trezen, ker pred službo nikoli nisem upal pit. / *neosveščenost*

A 53 Prej sem se tolažil, da lahko zdržim brez, če hočem. Sem si mislil, da so pijančki samo tisti, ki že na tešče pijejo. / *nepoznavanje bolezni*

- **Prepričan je, da je trezen (da lahko kljub alkoholu »normalno« vozi, da je dober voznik, sposoben za vožnjo, precenjuje svoje sposobnosti)**

A 11 Po desetih pivih sem bil še čist normaln. No, tak se mi je zdelo, da lahko normalno vozim. / *občutek lažne treznosi*

A 21 Sem pa bil prepričan, da sem trezen. / *prepričanje o treznosti*

D 11 Sem kako uro, preden sem šel nazaj, nehal pit. Sem mislil, da je to vredu, da sem trezen. Nisem vedel, kako to poteka, kako dolgo se trezniš. Sem spil vodo ali pa čaj, prej ko sem šel na pot, pa je bilo. / *neosveščenost*

D 12 Se mi je zdelo, da sem sposoben, da čisto vredu vozim. / *nekritičnost do lastnega stanja*

C 12 Sem se imel za dobrega šoferja. / *zavajajoče mišljenje*

- **Ne pomisli, da je »omamljen« od tablet**

C 8 Da pa sem bil kdaj omamljen od tablet, pa sploh nisem pomislil. / *neosveščenost*

2.1.2 Način razmišljanja

- **Zaveda se nevarnosti vožnje v opitem stanju (trenutno, za kratek čas)**

A 7 Ko sem videl kak razbit avto v časopisu, sem se večkrat zamislil. Toda to ni bilo dolgo. Ko sem nekaj spil, se s tem nisem več ukvarjal. / *zavedanje nevarnosti – kratkotrajno*

C 24 Nisem razmišljal, da so krivi policisti, na primer, ko so me dobili. Zavedal sem se, da sem pod vplivom alkohola, da ne bi smel biti na cesti. / *zavedanje tveganja*

D 13 Glavno mi je bilo, čeprav sem imel v sebi veliko alkohola, da ženi in hčerki ni bilo nič, se mi je zdelo, da sem se v trenutku streznil. / *zavedanje nevarnosti - trenutno*

- **Zaveda se tveganja, pa kljub temu vozi (se izogiba vožnji; ve, da ne bi smel biti na cesti)**

C 9 Sem razmišljal o vožnji pod vplivom alkohola, zato pa sem se izogibal. Ko pa moraš na cesto, moraš na cesto. / *zavedanje tveganja*

- **Nevarnost pomenijo policisti (strah pred kontrolo, strah pred odvzemom vozniškega dovoljenja, posredno pred izgubo službe)**

C 30 Sem bil kar naprej v nekem strahu, me bodo dobili ali ne. / *strah pred policisti*

A 9 Nisem toliko razmišljal, da bi se mi lahko kaj zgodilo. Bolj sem se bal policajev, da bi moral pihati. / *strah pred policisti*

B 2 Nikoli. Sploh nisem razmišljal (o nevarnosti), strah me je bilo samo policajev, če bo kje za vogalom, nič drugega. / *nerazmišljanje o nevarnosti, strah pred policisti*

C 10 Če zares pomislim, sem se bolj bal policajev. / *strah pred policisti*

C 33 Se čutiš sposobnega, samo policajev te je strah. / *strah pred policisti, nekritičnost*

B 30 To me je bilo strah, da bi me še enkrat dobili. (brez vozniškega dovoljenja) Avto sem rabil. / *strah pred odvzemom dovoljenja*

C 13 Bal sem se pa odvzema vozniškega. / *strah pred odvzemom dovoljenja*

A 10 Od izpita je odvisna moja služba, to sem še vedel. / *strah za službo*

- **Zamisli se, ko je kaznovan**

D 15 Po nesreči, ko sem izvedel, koliko bo kazni, sem se že malo zamislil. Se malo zbrihtal. / *kazen ga zbrihta*

- **Nesreče drugih ga asociirajo na lastno početje (lahko bi se zgodilo tudi meni)**

A 5 Največkrat sem o nevarnosti vožnje zaradi alkohola razmišljal, ko sem prebral kak časopis. Vedno sem pomislil, da bi se to lahko zgodilo tudi meni. Najbolj hudo mi je bilo, ko je bil udeležen kak otrok. / *asociacija na lastno stisko*

- **Ne razmišlja o nevarnosti vožnje v opitem stanju (nič ne razmišlja, se ne »sekira«)**

A 63 Ko si zadet, ne veš, če pa že pomisliš na to, da je nevarno, pa misliš le na policaje. Vse drugo je za kratek čas. / *nezavedanje nevarnosti*

D 2 Nikoli! Razen morda malo, ko sta bili v avtu še žena in hčerka. (Razmišljal o nevarnosti) / *ne razmišlja o nevarnosti*

C 11 Na to, da sem nevaren voznik, pravzaprav nisem mislil. Nisem razmišljal, kaj bi se mi lahko zgodilo. / *ne-razmišljanje o nevarnosti*

D 25 Bil sem pa bolj flegma, se nisem sekiral, nič nisem mislil, da bi se mi lahko kaj naredilo. / *ne razmišlja o nevarnosti*

B 32 Ko si zasvojen, si najbolj pameten, vsi drugi so butasti. / *nerealno razmišljanje*

D 27 Se mi zdi, da sploh nič nisem mislil, ko sem vozil. / *neodgovornost*

D 28 Pa nisem se sekiral, če kaka luč ni gorela ali kaj podobnega. / *malomarnost*

2.2 PO ZDRAVLJENJU

2.2.1 Prepoznavanje zakonitosti bolezni

- **Vpliv alkohola na vedenje**

A 41 Da je šlo točno za to, se mi je razjasnilo oziroma sem si razčistil. A šele na zdravljenju. / *osveščenost*

C 31 Ko si zasvojen, je že eno pivo preveč. / *poznavanje bolezni*

A 44 Vprašanje, kolikokrat sem vozil pri več kot 0,5 že zjutraj. Ne vem. / *poznavanje bolezni*

A 53 Najbrž je bilo še dovolj alkohola od prejšnjega večera. No, to sem se naučil na zdravljenju. / *osveščenost*

B 5 Če bi imel današnji reakcijski čas, bi bil lahko večino nesreč preprečil. / *poznavanje vpliva alkohola*

B 19 Vse druge pa, če bi imel sedanji reakcijske sposobnosti, ne, sploh jih ne bi bilo. (Nesreč) / *poznavanje učinkov alkohola*

A 26 Med zdravljenjem sem izračunal, kolk sem moral imet zvečer. / *poznavanje bolezni*

- **Visoka toleranca**

A 12 Seveda sem spil še veliko več. Ne vsak dan, to je res. / *visoka toleranca*

A 11 Toleranco sem mel pred zdravljenjem zelooo visoko, nisem še bil tam, ko bi začela it navzdol. / *poznavanje bolezni*

- **Vedno bolj piješ, se ne znaš ustaviti**

C 40 Je pa res, da se s takimi primeri (nesreče, odvzemi) odvisnost in posledice, vse skupaj samo še stopnjuje. Še bolj piješ in vedno globlje toneš. / *znak zasvojenosti*

C 32 Ne znaš se ustaviti in pač piješ. / *znak zasvojenosti*

- **Abstinenčni znaki, izogibanje abstinenčnim znakom**

A 43 Zdaj vem, da sem bil zjutraj, ko se je zgodila nesreča, živčen, ker je padala koncentracija alkohola. / *abstinenčni znaki*

C 5 Proti koncu sem si pomagal s tabletami. Sem vzel zjutraj, ko sem se tresel, pa še dopoldan, v službi, kak Lexaurin. Se mi je zdelo, da pomaga. / *izogibanje abstinenčnim znakom*

A 54 Prve ure v službi sem nekako porabil za to, da sem se »spravil k sebi«. Potem sem šel na pot. Trudil sem se prikriti, če so se mi tresle roke. Mislil sem, da sem živčen. Trdno sem se oklepal volana, da sopotniki ne bi opazili. Pa močno sem se potil. / *abstinenčni znaki*

- **Brezizhodnost (vse misli se vrtijo okrog alkohola)**

A 64 Ne moreš sam odločat o sebi. Alkohol mora bit, to je glavno. Vse misli se ti vrtijo okol tega. Ko ga nimaš, kje ga boš dobil, ko piješ, si »pametn«, ko se trezniš, si živčen. Začaran krog. / *brezizhodnost*

- **Zasvojeni so bolni – ker so bolni, so kaznovani**

C 47 Pravzaprav si kaznovan, ker si bolan. / *kaznovanje bolnih*

2.2.2 Zavedanje tveganja vožnje v opitem stanju

- **Zaveda se tveganja, nevarnosti, ki ga je pomenila vožnja v opitem stanju**

A 16 Je pa razlika, kolk je kdo sposoben vozit pri 0,5. Eden se čuti čisto sposobnega, drugi čuti, da nekaj ni vredu. Sigurno sta oba nevarna. / *zavedanje tveganja*

A 32 Ja, na srečo. Če bi pripeljal s polno brzino, bi se lahko končalo tudi tragično. / *zavedanje nevarnosti*

A 42 Ko se danes spomnim, se lahko samo zahvalim bogu, da se je končalo, kot se je. / *zavedanje nevarnosti*

C 25 Zdaj vedno pravim, da bog ne daj pijan na cesto. / *zavedanje tveganja*

C 43 Edina sreča je ta, da se ni kaj hujšega zgodilo. / *zavedanje tveganja*

A 49 Se lahko samo zahvalim bogu, da se ni kaj hujšega zgodilo. Hvala bogu, nisem imel nič takega, da bi koga povozil ali kaj podobnega, lahko bi pa bilo. / *zavedanje nevarnosti*

A 51 Na srečo zjutraj takoj ni bilo potrebno na pot. / *zavedanje tveganja*A 62 Ja, alkohol nima kaj iskat na cesti. / *zavedanje tveganja*

C 46 Zaradi službe sem se najbolj bal za izpit. Če ne bi dobil izpita nazaj, bi se že zaradi tega moral prej zdravit, ker bi drugače bil brez službe. / *strah pred izgubo dovoljenja*

- **Zgroženost, ogorčenje nad lastnim početjem**

A 48 To se mi zdaj zdi najbolj grozno. (vozil otroke opit) / *zgroženost nad lastnim početjem*

A 57 Kaj vem, koliko bi napihal, če bi me ustavili s službenim avtom. Moral bi imeti 0,00 ‰, pa nisem prepričan, da sem to sploh kdaj zmogel. Raje sploh ne pomislim. / *ogorčenje nad lastnim početjem*

B 11 Je pa imela v avtu otroka, pa mu na srečo ni bilo nič. Groza. Lahko bi ga bil ubil. / *zgroženost nad lastnim početjem*

- **Je osveščen o učinkih alkohola (čas izločanja, vpliv na reakcijske sposobnosti)**

A 25 Zdaj vem, da je bilo od prejšnjega večera. / *osveščenost*

B 18 Sigurno se sploh ne bi zgodile. (Prometne nesreče – če bi vozil trezen) / *osveščenost*

C 6 Da sem tudi z njimi zasvojen, sem videl šele na zdravljenju. Prej se mi ni zdelo. / *osveščenost*

- **Se zaveda razlik med vožnjo v treznem oziroma opitem stanju** (razmišlja, kako je vozil sam; opazuje vedenje drugih)

B 14 Zdaj, vem, kdo vozi pijan … Takrat nisem vedel, zdaj pa vidim. / *sposobnost razlikovanja*

B 17 Se ne obnašajo nenormalno, pa vidiš, da je nekaj narobe z njimi. / *opazuje vedenje drugih*

HIERARHIJA KOD, KI SE NANAŠAJO NA POSLEDICE VOŽNJE V OPITEM STANJU

(ležeče so pripisani pojmi)

3 Posledice vožnje pod vplivom alkohola in načini soočanja z njimi

3.1 Posledice vožnje pod vplivom alkohola

- **<u>Denarna kazen</u> (finančna stiska)**

A 33 Večkrat sem plačal kazen, ker sem napihal. Zadnja kazen, zaradi nesreče – dal sem celo plačo, pa ni bilo dovolj. Bilo je hudo. Vleklo se je dolgo, ker nisem mogel plačati. Potem sem moral dati denar. / *denarna kazen*

C 44 Sama denarna kazen me ni tako prizadela. Zaslužil sem še dobro. Težko bi danes primerjal, spomnim pa se, da ni bilo težko plačati. / *denarna kazen*

D 9 Zavarovalnica je njemu (soudeležencu) krila stroške, jaz sem pa plačeval tri leta in pol, po četrtino plače na mesec, na obroke. Težko sicer, ker nisem imel denarja, pa je nekak šlo. / *finančna stiska*

- **<u>Odvzem vozniškega dovoljenja</u>**

C 7 Ni bilo samo dvakrat, da sem pil, le dobili so me dvakrat. (sledil odvzem dovoljenja) / *odvzem dovoljenja*

C 20 Pa sledil je odvzem. / *odvzem dovoljenja*

C 21 No, drugi odvzem je bil pa za tri mesece, ker so me dobili policaji. Kontrola prometa pač. / *odvzem dovoljenja*

- **<u>Materialna škoda</u>**

A 28 Materialna škoda. Čist sem razbil avto. On drugi je bil manj razbit kot moj. / *materialna škoda*

D 5 Samo avtomobila sta bila razbita. Njegov (soudeležencev) popolnoma, totalka, moj malo manj, a tudi ni bil v voznem stanju. / *materialna škoda*

- **<u>Povzročil prometno nesrečo</u>**

A 22 Ko so klicali policijo, sem že vedel, da sem kriv, bil sem živčen, ker bodo stroški, pa kazen / *povzročil prometno nesrečo*

- **<u>Telesne poškodbe</u> (lažje, težje)**

B 10 Materialna škoda, enkrat telesne poškodbe. Voznica, v ktero sem se zaletel, je imela zlomljeno roko, sam sem bil samo malo porezan po obrazu od stekla. / *materialna škoda, telesne poškodbe*

C 15 Bil sem v nezavesti. Udaril sem z glavo. Hitro sem prišel k sebi. / *telesne poškodbe*

A 30 Samo udarnine. Z glavo je udaril. Ni bilo posledic. / *lažje telesne poškodbe*

- **Bolniški stalež**

C 19 Par dni opazovanja v bolnici, pa bolniška, ne vem več, se mi zdi, da dva tedna. Avto je bil pa totalka. Groza. Težko sem prišel do drugega. / *bolniški stalež, materialna škoda*

3.2 Soočanje s posledicami

- **Za posledice krivi cesto, slabe razmere …**

C 26 No, ob nesreči sem se najprej jezil, krivil ovinek, pa slabo cesto, pa kaj vem, kaj še. / *opravičevanje*

- **Občutek, da se mu je zgodila krivica**

A 27 Takrat pa sem bil stoprocentno prepričan, da se mi je zgodila krivica, da je bilo nekaj narobe z aparatom. / *krivica*

A 39 Zaradi smole, da se je zgodilo, kar se je, potem pa seveda zaradi krivice. Nisem mogel dokazat. / *krivica*

- **Občutek hude stiske (zaradi odvzema dovoljenja, vožnje brez dovoljenja)**

B 29 Bolj hudo je bilo, ko sem bil brez izpita. Brez se nisem vozil – sem strogo upošteval. / *stiska zaradi odvzema dovoljenja*

C 38 Strašno je bilo včasih. Ko pomislim, da sem se vozil brez izpita, ko so mi ga vzeli, ker bi drugače ostal brez službe, me še danes stisne. / *stiska*

C 41 Ves čas si pod pritiskom. Vožnja, vse te stvari, stiska k stiski, pa je enkrat vreča polna. / *stalen pritisk, stiska*

C 39 Nikomur nisem povedal (o odvzemu), ker sem se bal za službo, in sem se normalno vozil, kot da se ni nič zgodilo. / *vozi brez dovoljenja*

D 16 Sem šel na zavarovalnico in se zmenil, da bom plačeval po obrokih. Drugače tako nisem bil zmožen. / *poskus obvladovanja finančne situacije*

- **<u>Zgroženost</u> (kaj bi se lahko zgodilo)**

B 13 Ko sem potem kdaj trezen pomislil na tistega otroka, mi je pa bilo zmeraj grozno. / *zgroženost*

- **<u>Srečen, da ni bilo huje</u>**

A 29 Na srečo hujših telesnih poškodb ni bilo, ker je on drugi zaviral. / *telesne poškodbe*

C 17 Na srečo ni bilo hujših posledic, pa nobenega drugega nisem poškodoval. Ne vem, kako bi sprejel, če bi se mi kaj takega zgodilo. / *sreča v nesreči*

C 27 Po nesreči mi je parkrat prebilo, da imam spravzaprav srečo, da se je končalo, kot se je, da nimam kakih posledic. / *sreča v nesreči*

C 28 Glava me je bolela večkrat, to je vse. Dokler sem pil, sem pač pil, pa nisem tako občutil. / *sreča v nesreči*

D 5 Na srečo ni bilo nikomur nič. / *sreča v nesreči*

- **<u>Izrazito negativno čustvovanje</u> (obup, sram, jeza)**

A 34 Bil sem čisto obupan. / *obup*

A 35 Sram me je bilo pred otroki, žena se je najprej jezila, me zmerjala, potem je jokala, jokala … (Po nesreči) / *sram*

A 38 Najprej sem se jezil. (po nesreči) / *jeza*

B 12 Najprej sem bil jezen sam na sebe, potem sem se pa tolažil, da ni bilo še kaj hujšega. / *jeza,* ...

- **<u>Še bolj pije</u>**

A 36 Še bolj sem se napil. Vrtel sem se v začaranem krogu. / *še bolj pije*

- **<u>Poskus samomora</u>**

C 42 Tako, kot se je pri meni zaključilo, s poskusom samomora. Enostavno ne preneseš več. / *poskus samomora*

- **<u>Malodušje (mu je vseeno, se ne sekira)</u>**

D 14 Potem mi je pa bilo tako nekak kar vseeno. Kaj vem. Ko so prišli policaji, sem bil čisto flegma. / *mu je vseeno*

D 19 Takrat mi je bilo vseeno. / *mu je vseeno*

D 21 Če bi mi takrat ne dali več vozniškega, bi se skoraj sigurno šel zdravit, tako pa sem vedel, da ga bom dobil nazaj in se nisem prehudo sekiral. / *se ne sekira*

- **<u>Posreden vpliv kazni na razmišljanje</u>**

D 29 Ko so me dobili v službi, sem začel mislit zraven še na kazni. / *posreden vpliv kazni na razmišljanje*

9.4 PRILOGA D: SEZNAM DEFINICIJ

1 Vedenje v prometu

1.1 PRED ZDRAVLJENJEM

1.1.1 Prevladovanje vedenja, usmerjenega k pitju

- mora piti
- k pitju usmerjeno vedenje
- prikrivanje abstinenčnih znakov
- izogibanje abstinenčnim znakom

1.1.2 Vožnja pod vplivom alkohola

- mora voziti, čeprav se zaveda, da ne bi smel, ker je pil
- poskuša se kontrolirati (da ne bi vozil, ko je pil; da bi manj pil)
- izogiba se vožnji, ko ve, da je pil
- zjutraj ne pije
- vozi z dovoljeno koncentracijo alkohola
- vozil opit (veliko, vsak dan, stalno, ogromno)
- vozil z visoko koncentracijo alkohola v krvi
- izogiba se policistom (vso pozornost usmeri na policijske kontrole)
- povzročil prometno nesrečo pod vplivom alkohola (pri koncentraciji 0,63 ‰, nad 1 ‰, pri 2,86 ‰)
- vozi brez vozniškega dovoljenja

1. 1. 3. Način vožnje v opitem stanju

- počasneje reagira
- napačno oceni razdaljo
- vozi ne-varno (sunkovito, agresivno, nepremišljeno, neprevidno, nepozorno, nesproščeno)
- pozornost je zmanjšana (zožena pozornost, spregleda semafor)
- izsiljuje prednost
- ne obvlada vozila (izgubil oblast nad vozilom)
- se prepira s policisti
- vožnja je napor

1.2 PO ZDRAVLJENJU

1.2. 1 Varna vožnja

- osredotočenje na vožnjo
- vožnja po predpisih
- zanesljiv voznik (občutek varnosti)

VEDENJE

1 Vedenje zasvojenih v prometu pred zdravljenjem in po zdravljenju se razlikuje.

1.1 Pred zdravljenjem je pogojeno s prevladovanjem vedenja, usmerjenega k pitju, posledica tega pa je vožnja pod vplivom alkohola in specifičen način vožnje.

1.1.1 Prevladovanje vedenja, usmerjenega k pitju se kaže v tem, da zasvojeni morajo piti, zato iščejo priložnosti za pitje. Trudijo se prikrivati abstinenčne znake in pijejo, da bi se jim izognili.

1.1.2 Vožnja pod vplivom alkohola je posledica spleta več dejavnikov. Zasvojeni morajo voziti, čeprav se zavedajo, da ne bi smeli, kadar so pili. Da bi se temu izognili, se poskušajo kontrolirati. Trudijo se, da ne bi vozili, ko pijejo in se izogibajo vožnji ter se trudijo piti manj, kadar vedo, da morajo voziti. Zjutraj še zdržijo, da ne pijejo, tekom dneva pa tega ne zmorejo več in vozijo opiti, z visokimi koncentracijami alkohola. Takrat vso pozornost usmerijo na policijske kontrole, da bi se jim izognili. Pod vplivom alkohola povzročajo prometne nesreče in vozijo tudi brez vozniškega dovoljenja.

1.1.3 Način vožnje v opitem stanju kaže specifične značilnosti. Te so: počasnejše reagiranje, napačna ocena razdalje, izsiljevanje prednosti, zmanjšana pozornost ter sunkovita, agresivna, nepremišljena, nepozorna, nesproščena vožnja. Voznik ne obvlada vozila, se prepira s policisti, vožnja pa mu pomeni napor.

1.2 Po zdravljenju zasvojenosti vozniki svoje vedenje v prometu opišejo kot varno vožnjo.

1.2.1 Varna vožnja je opredeljena kot vožnja zanesljivih voznikov, ki so osredotočeni na vožnjo in vozijo po predpisih.

2 Razmišljanje o vožnji pod vplivom alkohola

2.1 PRED ZDRAVLJENJEM

2.1.1 Občutek lažne treznosti

- je prepričan, da vozi trezen, ker zjutraj še ni pil (ne ve, ne pomisli, da je alkohol v krvi od prejšnjega večera)
- je prepričan, da je trezen (da kljub alkoholu »normalno« vozi, da je dober voznik, sposoben za vožnjo, precenjuje svoje sposobnosti)
- ne pomisli, da je »omamljen« od tablet

2. 1.2 Način razmišljanja

- se zaveda nevarnosti vožnje v opitem stanju (trenutno, za kratek čas)
- se zaveda tveganja, pa kljub temu vozi (se izogiba vožnji; ve, da ne bi smel biti na cesti)
- nevarnost predstavljajo policisti (strah pred kontrolo, strah pred odvzemom vozniškega dovoljenja, posredno pred izgubo službe)
- zamisli se, ko je kaznovan
- nesreče drugih ga asociirajo na lastno početje (lahko bi se zgodilo tudi meni)
- ne razmišlja o nevarnosti vožnje v opitem stanju (nič ne razmišlja, se ne »sekira«)

2.2 PO ZDRAVLJENJU

2. 2.1 Prepoznavanje zakonitosti bolezni

- vpliv alkohola na vedenje
- visoka toleranca
- vedno bolj piješ, se ne znaš ustaviti
- abstinenčni znaki, izogibanje abstinenčnim znakom
- brezizhodnost (vse misli se vrtijo okrog alkohola)
- zasvojeni so bolni – ker so bolni, so kaznovani

2.2.2 Zavedanje tveganja vožnje v opitem stanju

- se zaveda tveganja, nevarnosti, ki ga je predstavljala vožnja v opitem stanju
- zgroženost, ogorčenje nad lastnim početjem
- je osveščen o učinkih alkohola (čas izločanja, vpliv na reakcijske sposobnosti)
- se zaveda razlik med vožnjo v treznem oziroma opitem stanju (razmišlja, kako je vozil sam; opazuje vedenje drugih)

RAZMIŠLJANJE

1 **Razmišljanje o vožnji pod vplivom PAS** pred zdravljenjem se razlikuje od razmišljanja po zdravljenju.

2.1 **Pred zdravljenjem** je značilen občutek lažne treznosti in specifičen način razmišljanja.

2.1.1 **Občutek lažne treznosti** se kaže v tem, da je voznik prepričan, da je trezen, kadar zjutraj ne pije, saj ne ve, da ima alkohol v krvi še od prejšnjega dne in niti ne pomisli, da bi lahko bil »omamljen« tudi od tablet. Prepričan je, da lahko kljub alkoholu normalno vozi, da je dober voznik, sposoben za vožnjo, in precenjuje svoje sposobnosti.

2.1.2 **Način razmišljanja** je pogojen osveščenostjo voznika in nekaterimi drugimi dejavniki. Ti so trenutno, kratkotrajno zavedanje nevarnosti vožnje v opitem stanju, nevarnost pa predstavljajo predvsem policisti. Vozniki se bojijo odvzema vozniškega dovoljenja in posredno izgube službe zaradi izgube dovoljenja. Zamislijo se, ko jim je izrečena kazen ali pa jih nesreče drugih asociirajo na lastno ne-varno vedenje. Vedo, da ne bi smeli biti na cesti in se izogibajo vožnji, a kljub temu vozijo, ali pa sploh ne razmišljajo o tem.

2.2 **Po zdravljenju** vozniki prepoznavajo zakonitosti bolezni v lastnem vedenju in se zavedajo nevarnosti vožnje v opitem stanju.

2.2.1 **Prepoznavanje zakonitosti bolezni** se kaže v osveščenosti glede vplivov alkohola na vedenje. Tudi poznavanje tolerance, abstinenčnih znakov in izogibanja abstinenčnim znakom, ter sposobnost umestitve brezizhodnosti in dejstva, da pitja ne znaš ustaviti, med znake zasvojenosti, kaže na poznavanje bolezni.

2.2.2 **Zavedanje tveganja vožnje v opitem stanju** je značilno za razmišljanje zdravljenih voznikov. Ker so osveščeni o učinkih alkohola, se zavedajo nevarnosti, ki jo je predstavljala vožnja pod vplivom PAS ter so zgroženi in ogorčeni nad preteklim lastnim početjem. Zavedajo se tudi razlik med vožnjo v treznem in vožnjo v opitem stanju.

3 Posledice vožnje pod vplivom alkohola in načini soočanja z njimi

3.1 Posledice vožnje pod vplivom alkohola

- denarna kazen (finančna stiska)
- odvzem vozniškega dovoljenja
- materialna škoda
- povzročil prometno nesrečo
- telesne poškodbe (lažje, težje)
- bolniški stalež

3. 2 Soočanje s posledicami

- za posledice krivi cesto, slabe razmere …
- občutek, da se mu je zgodila krivica
- občutek hude stiske (zaradi odvzema dovoljenja, vožnje brez dovoljenja)
- zgroženost (kaj bi se lahko zgodilo)
- srečen, da ni bilo huje
- intenzivno negativno čustvovanje (obup, sram, jeza)
- še bolj pije
- poskus samomora
- malodušje (mu je vseeno, se ne sekira)
- posreden vpliv kazni na razmišljanje

POSLEDICE

3 **Posledice vožnje pod vplivom alkohola** lahko razdelimo na posledice same in na načine soočanja z njimi.

3.1 **Posledice vožnje pod vplivom alkohola** vključujejo denarne kazni in posledično finančne stiske, odvzeme vozniških dovoljenj, materialno škodo, povzročitev prometne nesreče, telesne poškodbe in kot njihovo posledico tudi bolniški stalež.

3.2 **Soočanje s posledicami** oziroma načini soočanja pa so bili različni. Zasvojeni za nesrečo krivijo cesto, slabe razmere, ko so spoznani za krive, imajo občutek, da se jim godi krivica. Zaradi odvzema vozniškega dovoljenja oziroma vožnje brez dovoljenja doživljajo hude stiske, ko pomislijo, kaj bi se lahko bilo zgodilo, so zgroženi ali srečni, da ni bilo huje. Borijo se z občutki sramu, jeze, obupa, še bolj pijejo in celo poskusijo narediti samomor. Zajame jih občutje malodušja, jim je vseeno, kaj se dogaja z njimi, kazni pa včasih posredno vplivajo na njihovo razmišljanje.

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana **Tatjana PETELINEK,**

prvič vpisana na Fakulteto za socialno delo v študijskem letu **2005/2006**

kot izredna študentka, izjavljam, da sem diplomsko delo z naslovom

VPLIV ZDRAVLJENJA ZASVOJENOSTI NA VARNOST V CESTNEM PROMETU

napisala samostojno s korektnim navajanjem virov in ob pomoči mentorja

izr. prof. dr. Jožeta RAMOVŠA

Datum: Podpis: