socialno delo

letnik 38 - avgust-december 1999 - št. 4-6

visoka šola za socialno delo
ljubljana

socialno delo

Izdaja Visoka šola za socialno delo Univerze v Ljubljani

Vse pravice pridržane

Uredniški svet

Vika Bevc
Franc Brinc
Gabi Čačinovič Vogrinčič
Bojan Dekleva
Vito Flaker
Andreja Kavar Vidmar
Zinka Kolarič
Anica Kos

Glavni in odgovorni urednik

Bogdan Lešnik

Uredniki

Darja Zaviršek (knjižne recenzije)
Srečo Dragoš (raziskave)
Jo Campling (mednarodni stiki)

Naslov uredništva

Topniška 33, 1000 Ljubljana
tel. (061) 13-77-615, faks 13-77-122
e-pošta socialno.delo@uni-lj.si
www.uni-lj.si/vssd/sd

Uredniški svet (nad.)

Blaž Mesec
Mara Ovsenik
Jože Ramovš
Pavla Rapoša Tajnšek
Tanja Rener
Bernard Stritih
Marta Vodeb Bonač
Marjan Vončina

Časopis Socialno delo objavlja teoretske članke, poročila o raziskavah s področja socialnega dela, interdisciplinarne študije in prispevke z drugih znanstvenih in strokovnih področij, kritike in komentarje, poročila o strokovnih srečanjih in dogodkih, pisma, knjižne recenzije in druge prispevke, relevantne za teorijo in prakso socialnega dela. Časopis izhaja v šestih številkah na leto.

Znanstveni prispevki so recenzirani (anonimno).

Rokopisi: teoretski članki, raziskovalna poročila in druge poglobljene študije so lahko dolgi do ene avtorske pole (30.000 znakov); daljši so lahko le izjemoma in s privoljenjem uredništva. Druga besedila imajo lahko do pol avtorske pole. Kako naj bo urejeno besedilo za objavo, piše na zadnjih straneh časopisa. Rokopisi so lahko vrnjeni avtorju ali avtorici v dopolnitev ali popravek z uredniškimi in/ali recenzentskimi pripombami.

Avtorske pravice za prispevke, poslane uredništvu, pripadajo časopisu Socialno delo. Uredništvo si pridržuje pravico preurediti ali spremeniti dele v objavo sprejetega besedila, če tako zahtevata jasnost in razumljivost, ne da bi prej obvestilo avtorja ali avtorico.

Knjige za **knjižne recenzije** v Socialnem delu je treba pošiljati na naslov: Darja Zaviršek, VŠSD, Topniška 33, 61000 Ljubljana, s pripisom: Za recenzijo v Socialnem delu.

Oglasi: za podrobne informacije pokličite ali pišite na uredništvo. Oglas, ki naj bo objavljen v naslednji številki, je treba poslati uredništvu vsaj mesec dni pred napovedanim izidom številke. Če je oglas že oblikovan, ga oddajte (nezloženega) na formatu A4.

Naročnik na Socialno delo postanete, če se s pismom uredništvu naročite nanj. Na enak način sporočite morebitno spremembo naslova in druge spremembe. Študentje imajo popust, zato priložite dokazilo.

Avtorica fotografije na naslovnici: **Meta Krese** (1998).

Povzetki člankov so vključeni v naslednje podatkovne baze (ki vključujejo tematsko indeksiranje, klasifikacijske kode in popolne bibliografske navedbe): *Sociological Abstracts*, *Linguistics & Language Behavior Abstracts*, *Social Services Abstracts*, *Mental Health Abstracts*, *Studies on Women Abstracts*.

Časopis finančno podpira Ministrstvo za znanost in tehnologijo.

Tisk: Optima, Ljubljana

Pragmatika socialnega dela na področju uživanja drog

Zmanjševanje škode

NAMESTO PREDGOVORA: O ZMANJŠEVANJU ŠKODE

Pojem in strategija zmanjševanja škode sta se pojavila pred dobrim desetletjem kot trezna in realistična možnost ukvarjanja s problemi povezanimi z uživanjem drog (Grund, Coffin 1997: 16-17). V nasprotju s klasičnimi prijemi, ki v okviru obravnave uživalcev temeljijo na imperativu abstiniranja in ozdravitve, v okviru politike pa na prepovedi in preganjanju, ta prijem izhaja po eni strani iz pragmatičnega spoznanja, da so droge pojav, ki obstaja v vseh civilizacijah in ureditvah in ga ni mogoče povsem odpraviti (prav narobe — kljub velikanskim sredstvom, ki so jih v zadnjih desetletjih porabili v ta namen, število uživalcev raste), po drugi strani pa iz etične opredelitve, da je uživanje drog stvar osebne odločitve in pravice človeka, da počne s svojim telesom, kar hoče. Močan dejavnik pri uveljavljanju tega prijema je bila epidemija AIDS-a in spoznanje, da so intravenozni uživalci ena od rizičnih skupin, oziroma, da se virus HIV prenaša med drugim preko brizg, ki jih uporabljajo intravenozni uživalci. Hkrati pa so izkušnje iz okolij, kjer se je v politiki do drog uveljavila normalizacija (npr. na Nizozemskem), pokazale pozitivne rezultate pri družbenem ukvarjanju s pojavom uživanja drog (zmanjševalo se je povpraševanje po heroinu in stabiliziralo povpraševanje po kanabisu). Tako lahko zmanjševanje škode štejemo kot reakcijo na neuspeh terapevtske in represivne politike do drog (včasih znane z imenom *Vojna drog*), kot odgovor javnega zdravstva na epidemijo AIDS-a in kot nadaljevanje pragmatične in civilnoliberalne politike do drog, to se pravi, kot strokovno artikulacijo antiprohibicionističnih idej in gibanj.

Zmanjševanje škode se je uveljavilo zlasti v Evropi, Avstraliji in šele nato v Ameriki, kjer je tendenca represivnosti na tem področju še vedno zelo močna. Poleg Nizozemske se je ta prijem kot nosilni del politike do drog uveljavil še v Veliki Britaniji, Švici, Avstraliji, pozneje pa tudi v Nemčiji in drugod (Nadelmann, McNeely, Drucker 1997: 165). V Sloveniji smo se s tem pojmom spoznali dovolj zgodaj in vzpostavili prvo in dolgo časa tudi edino razdeljevalnico igel že leta 1991, se pravi, le deset let po prvih takih programih po svetu in kot prva država v tranziciji. Pomembno je bilo, da so Stigmo ustanovili sami uporabniki. Razprava pa se je intenzivirala, še zlasti v strokovnih krogih, z izdajo zbornika o zmanjševanju škode (Dekleva, Grund, Nolimal 1997), z dvema posvetoma na to temo za socialne delavce (1998 in 1999), ki ju predstavljamo v tem zborniku, z evropsko metadonsko konferenco leta 1997 in s Prvo slovensko konferenco o odvisnosti (1999), pa tudi s projektom *Phare*, v katerega je bila vključena pričujoča raziskava.

Pojem zmanjševanja škode, povezane z uživanjem drog, lahko definiramo kot prijem ali strategijo, ki ima cilj ublažiti in zmanjšati škodljive posledice, povezane z uživanjem drog. Škodljive posledice so lahko različne (WHO 1998):

- posledice doziranja in mešanja drog (npr. predoziranje ali uživanje kombinacije drog, ki je lahko nevarna — npr. alkohol in heroin),
- neposredne duševne poškodbe (npr. kot posledica zaužitja ali pa kronične posledice dolgotrajnega uživanja),
- poškodbe, ki izhajajo iz zmesi, ki jo uživajo (pri mešanju zmesi se uporabljajo različne strupene snovi — npr. strihnin),
- poškodbe, ki so posledica načina uživanja (npr. poškodbe pri injiciranju, infekcije na mestih injiciranja, zastrupitev krvi),
- poškodbe, povzročene s prenosom nalezljivih bolezni (okužba s HIV, hepatitisom ali malarijo pri souporabi pribora za injiciranje),
- življenjske okoliščine (problemi s stanovanjem, neustrezna prehrana),
- življenjski stil (nasilje, nesreče, kriminal ipd.).

Zmanjševanje škode lahko upravičeno štejemo za novo paradigmo na področju problemov, povezanih z uživanjem drog. V prvi vrsti prelamlja z racionalistično paradigmo, ki vzdržuje mit o možnosti »končne rešitve« problema drog in temelji na zmotnem prepričanju, da je mogoče povsem odpraviti problem bodisi s pravnimi bodisi s terapevtskimi

sredstvi. Drugič, v službe, ki so na voljo uživalcem, vpeljuje pojem nizkega praga, kar pomeni večjo dostopnost in odsotnost pogojevanja pomoči z zahtevo po abstinenci. Tretjič, kot kriterij intervencije namesto gramatike ravnanja vpeljuje *pragmatiko* — ravna se po tistem, kar je uspešno, kar res pomaga, ne pa po tistem, kar naj bi bilo pravilno, kar zahteva dominantni diskurz o normalnosti. Četrtič, tako v obravnavne okvire kot tudi v politiko vpeljuje sodelovanje uživalcev, uporabnikov služb, in krepitev njihove moči.

Pri tem je glede na dominacijo zdravstva na tem področju še vedno izpostavljena vsaj dvema nevarnostma. Prvič, ko govorimo o zmanjševanju škode, pojem pogosto še vedno pojmujemo ozko medicinsko, se pravi, se omejujemo na škodljive zdravstvene posledice (okužbe, bolezni, smrtnost) in zanemarjamo socialne (obubožanje, socialna izolacija, vloga uživalca ipd.), ki so pogosto še bolj dramatične in skorajda vzrok za širjenje zdravstvene škode. Drugič, zmanjševanje škode še vedno vztraja pri predpostavkah stare paradigme, ki išče zlasti »napake« uživalcev. Resda tokrat z vidika zmanjševanja škode in ne obsojanja, preganjanja in zdravljenja, vendar posredno še vedno vztraja pri diskvalifikaciji uživalcev kot odgovornih posameznikov in skupin in povzdiguje strokovnjake na raven pooblaščenega odločanja in ukrepanja. Še bolj problematično pa je, da lahko taka usmeritev tudi v spoznavnem smislu odkriva le slabe strani uživalskih skupin in njihovih subkultur in zanemari mehanizme, ki so jih same izgradile za svojo zaščito in preživetje.

Vito Flaker

Literatura

Dekleva, B., J. C. Grund, D. Nolimal (ur.) (1997), *Paradigma zmanjševanja škode kot politika droge. Mreža drog*, 2-4.

Grund, J. C., P. O. Coffin, (1997), Inovativna politika kot odgovor na porajajoče se probleme v zvezi z drogami in AIDS-om v Srednji in Vzhodni Evropi: paradigma zmanjševanja škode. V: B. Dekleva, J. C. Grund, D. Nolimal (ur.) (1997), *Paradigma zmanjševanja škode kot politika droge. Mreža drog*, 2-4: 8-30.

Nadelmann, E., J. McNeely, E. Drucker (1997), Mednarodne perspektive. V: B. Dekleva, J. C. Grund, D. Nolimal (ur.) (1997), *Paradigma zmanjševanja škode kot politika droge. Mreža drog*, 2-4: 164-200.

Preostale reference iz Predgovora so navedene v preliminarnem poročilu o raziskavi, ki je objavljeno na koncu tega zbornika.

Vito Flaker

DRUŽBENA KONSTRUKCIJA KARIERE UŽIVALCA DROG

KARIERA

Beseda kariera izhaja iz latinske besede *carrus* (voz s štirimi kolesi; *via carraria* pomeni kolovoz, fr. *carričre* tudi dirkališče) in ponavadi pomeni poklicno pot, razvoj, uspeh in napredek v življenju, življenjsko pot. V sodobnosti je predvsem povezana s poklicnimi napredovanji in je dobila konotacijo stopnjevanja statusa in uspešnosti pri poklicnih dosežkih. V nasprotju s tem pojmovanjem se je v sociologiji, še zlasti v simboličnem interakcionizmu, uveljavila kot pojem, s katerim so poskušali razumeti vzorce razvoja dogodkov v življenjski poti pripadnikov različnih obrobnih in deviantnih skupin; gre torej za pot in faze »napredovanja« v vlogi devianta. Zelo znan je Goffmanov esej o moralni karieri duševnega bolnika (Goffman 1961b: 119; Flaker 1989: 94). Goffman pravi, da je ena od vrednosti pojma kariere v njegovi dvoplastnosti, saj je po eni strani povezana z notranjimi zadevami, kot sta podoba o sebi in občutena identiteta, po drugi strani pa govori o uradnem položaju, pravnih odnosih, stilu življenja in o delu javno dostopnega institucionalnega kompleksa.

Kot sociološki pojem nam omogoča, da hkrati spremljamo:

- *dogodke in položaje*: uradni in formalni status, institucionalne ureditve, življenjski stil, predpisane vloge, stereotipe itn.
- *doživljeno identiteto*: podobo samega sebe, odločitve, samospoštovanje, doživljanje vloge itn.

Že od samega začetka uporabe tega pojma v sociologiji deviantnosti je bil uživalec droge v središču zanimanja sociologov. Becker (1953; 1963; 1969) je v svojih delih pokazal, da je uživanje drog psihosocialen proces, saj se mora uživalec naučiti uživati droge, to pa lahko naredi le z vključevanjem v določeno skupino in njeno kulturo.

Stvari, ki se jih je treba naučiti, da kdo postane uživalec droge:

- *tehnike*: pripravljanje droge, tehnike injiciranja in kajenja, tehnike pridobivanja droge;
- *organizacija zaznavanja*: opažanje in negovanje učinkov drog, reinterpretacija občutkov, ki jih drugače čutimo kot neprijetne, npr. slabost. omotica, vrtoglavica, izguba orientacije, halucinacije, v prijetne; prepoznavanje odtegnitvenih simptomov, naučiti se hlepeti po drogah;
- učiti se *obrti*: varno uživanje, kako ravnati z dilerji, policijo, kako prestati sušne dneve, kako uravnavati stike z drugimi uživalci;
- učiti se *vloge*: kako skrivati in odkrivati stigmo, ugotoviti, kakšne so sekundarne pridobitve in ugodnosti stigme, naučiti se pogajati s policijo, socialnimi delavkami, zdravnicami in drugimi uradnimi in neuradnimi pomembnimi osebami;

Tega se nauči zlasti s sodelovanjem v kulturi uživalcev: ko od izkušenih uživalcev dobiva nasvete, interpretacije posameznih dogodkov, občutij, izkušenj, ko mu ob uživanju sekundirajo, pa tudi tako, da oponaša izkušenejše uživalce, oziroma, so mu ti za vzor. Uči se po eni strani s članstvom v skupini, po drugi pa tudi s tem, da je izpostavljen javnim, pogosto negativnim podobam.

Iz Beckerjevega dela (1969) je očitno, da imajo tudi posamezne droge v določenem okolju svojo »kariero«, svojo zgodovino.

Becker pokaže, da je v začetku navzočnosti neke droge v določenem okolju več psihičnih »poškodb«, več interpretacij, da gre pri določenih doživetjih za psihično stisko ali psihotično epizodo, kot potem, ko se droga »udomači«, se pravi, ko se uživalci naučijo interpretirati učinke, poskrbeti za varno uživanje in znajo ravnati z učinki.[1] Njegov sklep je, da sta poleg pogoja, da mamilo ne pušča trajnih posledic na možganih, za zmanjševanje psihičnih poškodb potrebna še dva pogoja: najprej, da obstaja kultura, ki ima varovalne mehanizme, ki »poleg znanja, kako priti do mamila in ga zaužiti, vsebuje tudi definicije tipičnih učinkov, tipičnega poteka izkušnje, trajanja učinkov in opisa metod, ki so potrebne za ukvarjanje s kom, ki je tesnoben zaradi uživanja droge, ali pa poskuša delovati na podlagi motenih zaznav« (Becker 1969: 164); potem pa, da je uživanje skupinsko, kjer lahko skupina v kritičnih trenutkih posreduje. Tako lahko govorimo o normalizaciji, ki jo prinese s seboj ustaljeno uživanje droge in kultura uživanja. Hkrati pa lahko govorimo o nasprotnih procesih, ki jih prinese dramatizacija uživanja. K dramatizaciji težijo zlasti mediji in beletristika, kriminalizacija uživanja pa je dramatizacija tega početja že sama po sebi. V primeru heroina na to ni imuna niti interpretacija v sami kulturi uživalcev, in prav dramatizacija pelje k večanju škodljivih posledic uživanja.

ZASVOJENOST

Če iz Beckerjevega dela izhaja, da je uživanje drog psiho*socialen* proces, potem nam Lindesmithovo delo (1969: 176-191) pokaže, da to ne velja zgolj za uživanje, ampak tudi za odvisnost oz. zasvojenost (*addiction*).[2] V iskanju splošne definicije zasvojenosti je Lindesmith prišel do sklepa, da je telesna odvisnost preohlapen in hkrati nezadosten pogoj za definiranje fenomena zasvojenosti. Taka definicija namreč izključuje tiste, ki so zasvojeni, pa v tistem trenutku niso v stanju telesne odvisnosti (npr. džanki v zaporu, ki se takoj po izpustu spet oprime svoje navade), vključuje pa tiste, ki so telesno odvisni, pa ne hlepijo po mamilu (kot npr. bolniki, ki jim dajejo morfij kot lajšalo bolečin). Prav hrepenenje ali bolje rečeno hlepenje (ang. *craving*) je specifično za zasvojene uživalce. Lindesmith zatrjuje, da hlepenje ni posledica želje po užitku, ki je sicer eno izmed gonil uživanja, ki pa pogosto ravno v stadijih zasvojenosti pojenja. Se pravi, da ostane edini skupni imenovalec hrepenenja po opiatih lajšanje abstinenčnih težav. Po Lindesmithu postane človek zasvojen, ko doživi abstinenčne težave, jih kot take konceptualno prepozna in se tako nauči hlepeti po drogi ter s ponavljanjem te izkušnje pridobi stališča in vedenje zasvojenca (Lindesmith 1969: 181).[3]

Čeprav je ta definicija zelo splošna in nam le malo pove o konkretnih oblikah uživanja in zasvojenosti in četudi se bi kdaj pokazalo, da ne drži za vse primere in bi jo bilo treba modificirati, sta za našo razpravo pomembna dva njena elementa. Prvič, pri zasvojenosti gre za konceptualen proces, ki je družbeno posredovan, in drugič, razlikovanje med odvisnostjo in zasvojenostjo.

MED TIPOLOGIJO IN KARIERO UŽIVANJA

V literaturi je zaslediti več različnih tipologij uživanja drog. Ena izmed njihovih značilnosti je, da se nagibajo h gradacijam oz. stopnjevanju, tako da pogosto ni jasno, ali se govori o stadijih ali tipih uživanja. Kušević (1987: 197-203) npr. razlikuje med (1) *eksperimentatorji*, uživalci, ki poskusijo mamilo, vendar ne nadaljujejo, čeprav se lahko zgodi, da v določenih okoliščinah to spet storijo; (2) rekreativnimi uživalci, ki občasno ali celo redno v določenih časovnih razmikih uživajo mamila; (3) funkcionalnimi odvisniki, ki uživajo določeno mamilo, so od njega odvisni, vendar pa v družbi normalno funkcionirajo; (4) disfunkcionalnimi odvisniki, ki so odvisni od droge in ne funkcionirajo več normalno, droga je v njihovem življenju osrednjega pomena; (5) družbeno tradicionalnimi uživalci, ki živijo v kulturah, kjer je uživanje mamila del vsakdanjika (koka v Andih, opij v Indiji ipd.); (6) terapevtskimi uživalci, ki uživajo mamila kot zdravila, ponavadi pod zdravniškim vodstvom, in jih tako tudi doje-

majo; in (7) nekonformisti, katerih uživanje je povezano z uporom proti obstoječim vrednotam (npr. hipiji in kanabis). V tej klasifikaciji vidimo, da imajo prvi štirje tipi značaj stopnjevanja v smislu količine užite droge, še bolj pa prevzemanja deviantne identitete zasvojenosti. Ostali trije se ne uvrščajo na lestvico. Senghers (1989) razlikuje med uživanjem, odvisnostjo in »džankizacijo« kot različnimi fenomeni (ne nujno etapami) uživanja heroina. Pri prvem so dominantne farmakološke značilnosti uživanja, pri drugem psihološke, pri tretjem pa socialne.

To predstavi v naslednji matriki:

Tipi uživanja mamil po Senghersu (Vir: Senghers 1989: 14):

	telesno	psihološko	socialno
uživanje	**XX**	X	X
zasvojenost ali odvisnost	X	**XX**	X
džankizacija	X	X	**XX**

Telesni in farmakološki dejavniki so stanje uživalčevega telesa in farmakološke sestave mamila. Psihološki dejavniki so osebne značilnosti življenjske izkušnje, osebne zgodovine in pričakovanj glede prihodnosti. Družbeni dejavniki so reakcija na mamilo, uživalca in zasvojenca, ki sestoji iz stigmatiziranja, kriminaliziranja in izločanja. Družbena obsodba prepovedanih mamil in tekoča politika do drog, ki temelji na kazenski zakonodaji, so gonila džankizacije (Senghers 1989: 15.)

Senghers poudarja, da imajo mamila v tej delitvi primarne in sekundarne posledice. Primarne posledice uživanja heroina so »npr. zožene zenice, zaprtje, višji bolečinski prag in smrtni izidi ob previsokih dozah«. Vsi ostali škodljivi učinki so učinki džankizacije.

Še bolj stopnjevalna, ali bolje, evolucijska je tipologija, ki jo ponujajo Pearson in sodelavci (1987). Ločijo med neuživalci, začetniki ali eksperimentatorji, občasnimi rekreativnimi uživalci, sivim prehodnim območjem k zasvojenosti in zasvojenostjo. Ta tipologija kaže osredotočenost na različne ravni uživanja in stopnjevanje kariere, vendar avtorji hkrati opozarjajo, da posamezne ravni niso med seboj povezane v smislu nujnega prehajanja z ene na drugo, temveč se lahko uživalec na vsaki ravni ustavi in vrne na prejšnjo, še zlasti na raven neuživanja, tako da lahko hkrati govorimo o različnih tipih uživanja.

Od teh treh tipologij je še najbolj stvarna Kuševićeva, saj poleg premočrtnega napredovanja v uživanju omenja še druge tipe uživanja, ki se ne vključujejo v razvojno, karierno shemo. V deskriptivne namene bi bila v večjo korist večdimenzionalna tipologija, za namen analize kariernih okoliščin pa bomo vseeno združili obstoječe tipologije v niz tipov, ki bodo upoštevali stopnjevanje količine užite droge, hkrati pa temeljili na pristajanju na identiteto uživalca in prevzemanju te vloge.

Predlog naše tipologije uživalcev oz. uživanja heroina in drugih opiatov je takle:

1 - neuživalci
2 - priložnostni (občasni, naključni) uživalci, eksperimentatorji
3 - redni uživalci
4 - odvisni uživalci
5 - zasvojeni
6 - džankiji

Posamezne kategorije bila lahko definirali takole.

Neuživalci. Tu so pripadniki definirani negativno, z neuživanjem. Sem sodijo seveda vsi, ki nikoli niso poskusili heroina ali drugih opiatov. Ne vemo pa, ali naj sem uvrstimo tiste, ki so kdaj užili mamilo, in še zlasti, če so bili zasvojeni ali džankiji, pa niso več. Če vzamemo za kriterij količino zdaj zaužitega mamila, jih bomo seveda uvrstili v to kategorijo. Glede na razvoj vloge je seveda ta kategorija začetni položaj. Ali je lahko tudi končni ali vmesni? Tu se srečamo s stereotipom »enkrat džanki, vedno džanki«. Na podobnem »aksiomu« počiva tudi ideologija Anonimnih alkoholikov in podobnih skupin in tudi dela medicinske znanosti. Če je lahko ta »aksiom« dejaven in učinkoviti pri kontroli abstinence, ko abstinentu postavi jasno mejo med abstiniranjem in uživanjem in tako paradoksno vzpostavi prav to, da posameznik ni več

džanki, ne pomeni, da to drži v vseh primerih oz. da je to edina in edino veljavna resnica. Tak pogled sicer podpirajo tudi nekatere fiziološko obarvane teorije, ki sklepajo, da gre za nepovratne spremembe presnavljanja in pomanjkanje endorfinov. Tako trdita tudi utemeljitelja metadonskega vzdrževanja Dole in Nyswanderjeva (1970). Empirični podatki, še zlasti tisti, na katere se sklicujejo pristaši teorije dozorevanja džankijev, bolj podpirajo nasprotno hipotezo – da zasvojenost in džankizacija nista ireverzibilna, nepovratna procesa. Tudi sami smo srečali nekaj ljudi, ki so ne glede na to, da so bili vključeni v tok uživanja, vzpostavili življenjski stil, ki ni bil stil uživalca oz. zasvojenca in tudi ne nekdanjega zasvojenca ali spreobrnjenca, abstinenta. Seveda pa je treba preveriti, kako je s hipotezo latentnega uživalca, ki se sproži, ko dozorijo okoliščine.

Priložnostni (občasni, naključni) uživalci, eksperimentatorji. V to kategorijo lahko štejemo tiste, ki uživajo mamilo občasno ali eksperimentalno, in tisti, ki ne »poskušajo«, temveč uživajo, ko imajo priložnost. Motivacija in način uživanja so lahko raznovrstni, v kulturo uživanja so lahko vključeni bolj ali manj, skupno naj bi jim bilo le to, da je vzorec uživanja naključen oz. kaotičen, neurejen v primerjavi z ostalimi tipi uživanja. Seveda je to hkrati nujna faza v karieri, čeprav je lahko zelo kratka, saj mora vsak uživalec najprej drogo poskusiti in imeti za to priložnost. Lahko pa je ta faza tudi daljša ali sploh edina.

Redni uživalci. V to kategorijo lahko štejemo tiste, ki uživajo mamilo redno, a ne razvijejo odvisnosti ali zasvojenosti. Ko rečemo redno, lahko mislimo na različno pogostost uživanja, le da gre za ustaljene časovne vzorce, ali pa za bolj ali manj izraženo namero ali pripravljenost uživalca, da po slehernem uživanju znova zaužije mamilo. Pri tem tipu uživanja je zelo jasno, da tu ne gre za tipologijo motivacije ali kulture uživanja, saj imata lahko precej različna ozadja. Posameznik lahko redno uživa mamilo iz povsem rekreativnih vzgibov, ali pa je to del njegove terapije.

Odvisni uživalci. V to kategorijo lahko štejemo uživalce, ki so odvisni od mamila, pa tega ne vidijo kot zasvojenost, se pravi, po Lindesmithovi definiciji ne sodijo med zasvojence. Lahko govorimo o prehodnem tipu tako kariere kakor glede klasifikacije. Ko opisujemo kariero, bi bil seveda ustreznejši naziv faze kar »prehodna faza« ali, kot rečejo Pearson in sodelavci (1987), »sivo območje«. Vendar ne gre samo za uživalce, za katere je to le prehodna faza, temveč tudi za tiste, ki se svoje odvisnosti nikoli ne bodo zavedeli, ki bodo abstinenčne težave drugače interpretirali (to so lahko poleg bolnikov tudi rekreativni uživalci, ki zaradi »pomanjkanja kulture« ne prepoznajo simptomov). Zaradi tega ne more biti enakovredna kategorija v naši tipologiji, saj je pomanjkljiva ravno glede dimenzije, ki je za našo diskusijo pomembna, namreč, glede dimenzije vloge. Ne označuje je nobena posebna vloga, prav narobe, od kategorije zasvojenosti jo razlikuje pomanjkanje posebne vloge. Presežek od prejšnje kategorije rednega uživalca, odvisnost, pa ni vezan na vprašanje vloge.

Pri tem se zastavlja tudi vprašanje psihološke odvisnosti. Ali je pojem psihološke odvisnosti sploh upravičen, ko govorimo o mamilih? Človek je lahko psihološko odvisen od tako rekoč česar koli. Za našo razpravo bo še posebej pomembno, da je lahko zasvojenec odvisen od dejavnosti, ne od substance. Hkrati pa je vprašljiva delitev na psihološko in fiziološko odvisnost, saj lahko domnevamo, da tudi umanjkanje dejavnosti, npr. dela pri »delaholiku«, povzroči nelagodje organizma. Lahko sicer govorimo, da imajo določene substance take učinke, da večajo toleranco ali zbujajo potrebo. Dualizem med telesno in duševno odvisnostjo oz. zasvojenostjo verjetno vpeljujejo v diskusijo o mamilih ravno iz potrebe, da bi pojasnili vztrajanje pri uživanju tistih substanc, ki nimajo takih učinkov, pa vendar jih le težko razlikujemo od katere koli druge dejavnosti, ki lahko zasvoji, med njimi tudi takih, ki imajo v naši kulturi zelo pozitiven predznak – delo, ljubezen in znanje.

Iz perspektive diskusije o mamilih je psihološka odvisnost torej pojem, ki je bil izveden iz fiziološke odvisnosti, da bi pojasnil mehanizem, ki mu je podoben, pa mu

vendarle manjka substanca adiktivnosti. Za zdaj lahko ta pojem zavrnemo, kajti ugotovili smo, da nam ne pove nič novega, saj govori o normalnih procesih, ki niso nujno vezani na uživanje mamil, lahko pa nadaljujemo v smeri raziskovanja teh procesov, saj nam lahko njihovo razumevanje pomaga pri razumevanju odvisnosti in zasvojenosti tudi od adiktivnih substanc.

Ena od možnih smeri razmišljanja je obravnavanje navade kot od subjekta avtonomizirane dejavnosti, ki avtomatično prinaša zadovoljitev nekega določenega motiva. Morda je psihološka odvisnost (nasproti zasvojenosti) prav to in lahko postane zasvojenost v trenutku, ko zaradi nelagodja ob izostanku zadovoljitve dejavnost fetišiziramo in konceptualiziramo kot agens zadovoljitve. Ta proces pa seveda ni samo psihološki, ampak je tudi socialen.

Kategorijo odvisnih uživalcev bomo obdržali v tipologiji najmanj kot kurioziteto, koristila pa nam bo še kot pomožna kategorija, ki nam bo kot prehodna ali vmesna kategorija pomagala pojasniti procese kariere uživanja drog.

Zasvojeni. V to kategorijo lahko štejemo uživalce, ki so zajeti v Lindesmithovi definiciji zasvojenosti, pa se jim zaradi tega ni poslabšal socialni status. To so tisti, ki so se naučili pohlepa po mamilu, ko so prepoznali svoje abstinenčne težave in s ponavljanjem te izkušnje pridobili stališča in vedenje zasvojenega. Ravno to zadnje pa je približevanje vlogi.[4]

Pri zasvojenosti v primerjavi z džankizacijo so vloge manj dominantne in manj vplivajo na druga področja življenja. Tako lahko, kot pravi Senghers, pričakujemo od kadilca niz dejanj, ki so povezana z njegovo zasvojenostjo. Skrbel bo, na primer, za svoje zaloge tobaka; zjutraj, ko se zbudi, bo čez nekaj časa prižgal cigareto; z veliko verjetnostjo lahko računamo, da bo med odmorom na predavanju šel v kadilnico na cigareto, ne bo pa njegova zasvojenost bistveno vplivala na njegovo vsakdanje družbeno in družabno življenje, dosežke v poklicni karieri itn. Podobno velja za funkcionalne zasvojence s heroinom.

Džankiji. Specifična razlika med džankijem in funkcionalnim zasvojencem je v socialni degradaciji in propadanju, dominantnosti in večji strukturiranosti vloge pri prvem. Senghers poudarja, da je to neposreden ali posreden učinek kriminalizacije in z njo povezane stigmatizacije in velikih stroškov vzdrževanja zasvojenosti. Vendar pa v karieri uživanja alkohola, ki je legalna in socialno sprejeta droga, obstaja podoben stadij in vloga »kronika«, disfunkcionalnega zasvojenca z alkoholom. Podobnost vloge, čeprav ni učinek kriminalizacije, lahko sicer pojasnimo z destruktivnimi učinki dolgotrajnega uživanja alkohola, ki so podobni učinku socialne degradacije pri heroinu. Šlo naj bi torej za podoben končni rezultat procesa zasvojenosti – socialno razvrednoten status in vlogo, ki ji pri heroinu v večji meri botrujejo socialne značilnosti mamila, pri alkoholu pa bolj farmakološke. Toda ali ni to le delna razlaga, ki sicer drži, ne pojasni pa fenomena končnega stadija zasvojenosti? Hkrati pa tako sklepanje pristaja na fetišizacijo alkohola in zanemarja socialne okoliščine, ki smo jih v tej razpravi poudarili že na začetku. Odgovor gre torej iskati v družbenih in medosebnih odnosih. Zasvojenec postane »džanki« ali »pijanec« takrat, ko mu droga ali pijača postane najpomembnejša stvar na svetu in ne more več igrati drugih vlog, ne da bi ga zaznamovala dominantna vloga džankija ali pijanca. Vprašanje je, v kolikšni meri gre pri dominaciji vloge džankija (oz. alkoholika) nad ostalimi za moč same vloge, koliko pa za pomanjkanje drugih vlog kot posledice socialnega opustošenja.

Tipologija, ki smo jo sestavili, je še kar logično celota, ki hkrati predstavlja možne stadije ali faze kariere uživanja heroina in drugih opiatov in možne tipe uživanja. To hierarhično tipologijo lahko razumemo tudi dinamično, mogoči so namreč prehodi iz enega tipa v drugega. Če je mogoče napredovanje od neuživanja prek vmesnih faz do vloge džankija, lahko tudi domnevamo, da se kariera kdaj ustavi na določeni fazi ali tipu uživanja, in tudi, da obstaja nazadovanje oz. premik v zgodnejšo fazo. Regresija je mogoča tudi za več stopenj in z vsakega tipa uživanja, tudi na stopnjo neuživanja. V tem primeru je verjetno bolj smiselno govoriti o izstopu iz kariere uživanja heroina

kot pa o prehodu na nižjo stopnjo. Seveda se povratnik na zgodnejšo stopnjo kvalitativno razlikuje od uživalcev na tisti stopnji, ki še niso ali sploh ne bodo napredovali. Lahko trdimo, da so prehodi in izhodi mogoči med večino stopenj, tipov ali stadijev, ki bi jih lahko tudi empirično dokumentirali in ne samo teoretsko argumentirali. Vprašljiv je le prehod s pete in šeste stopnje nazaj na četrto, iz džankizacije ali zasvojenosti na odvisnost, saj ta tip uživanja ni definiran tako kot ostali s kakšno posebno vlogo in je le vmesni tip med rednim uživanjem in zasvojenostjo.

Te prehode in značilnosti bomo poskusili dokumentirati v nadaljnjem besedilu, z nadaljnjimi raziskavami pa bi lahko ugotavljali razširjenosti posameznih tipov uživanja. Podatkov je malo, saj so bili doslej v fokusu proučevanja zlasti džankiji, nekaj malega tudi zasvojenci. V ZDA je heroin poskusilo od 1 do 3% prebivalstva.[5] Imamo tudi podatek, da je najmanj tretjina zasvojenih džankizirana.[6] Glede na to, da so vzorci pri vseh treh virih podatkov pristranski, je precej verjetno, da je to razmerje večje. Zelo površna ocena je za ZDA, da je razmerje med vsemi uživalci in zasvojenimi 10: 1 ter 3: 1 med slednjimi in džankiziranimi. Iz teh razmerij, kot smo že rekli, izpadejo naše kategorije rednih uživalcev in odvisnih, ki so manj raziskano področje.

Ob vsej svoji približnosti pa te številke niso toliko netočne, da ne bi mogli reči, da obstaja med njimi in popularnimi predstavami velik razkorak. Predstave, ki so se udomačile v vsakdanjem pojmovanju uživanja mamil, v podobah, ki jih ponujajo mediji in književnost, dominirata pola naše tipologije, džanki in povprečen abstinent, med njima pa velja linearna progresija. Očitno je džanki vrh ledene gore uživanja heroina, kamor je usmerjena pozornost ne le javnosti in medijev, temveč tudi raziskovanja. O njih je veliko znanega, so na očeh, vidni. Ostale oblike uživanja in življenja z drogo ostajajo v veliki meri slepe pege.

LIKI UŽIVANJA

Diskusijo o uživanju drog obvladuje črno bela podoba, ki v stilu *chiaro-schurro* osvetljuje dva lika: slabega džankija in dobrega abstinenta, ostala površina pa ostane neosvetljena. Obstaja tudi negativ, kjer se vloge obrnejo. Stephens opozarja na raziskave, ki pričajo, da so vrednote džankijevske subkulture antisocialno naravnane, da vidijo pripadnike glavnega družbenega toka kot hipokritične in manjvredne. Tako meni tudi eden od naših sogovornikov:

> Pred petindvajsetimi leti so me prvič dobili na igli in to je bil šok za starše, celo rodbino, in potem so me počasi vsi kao odpisal. Čeprav sestra, ona pa je totalen alkoholik, samo ona je gospa, razumeš, dela na občini, mož direktor in... Mene se sramujejo, rečmo, čim pridem na ulico, se zaprejo — a štekaš to? Zaprejo vrata, okna, da se me ne vidi. Noter se zapijajo, čim pa ven pridejo, so pa gospodje lepi, vse čisto...

In tako kot so oni poimenovani džankiji, tako tudi v njihovi subkulturi obstajajo izrazi za povprečne, (pretirano) normalne ljudi, v Ameriki npr. »*square*«, v Angliji »*straight*«, pri nas pa so iznašli izraz »šahist«[7], ki ima podobne aluzije kot gornja — na geometrično ravnost, pravokotnost (t. j., normalnost), hkrati pa opozarja tudi na črno belo perspektivo in urejenost vsakdanjega življenja: črna: ponoči gre spat, bela: podnevi pa dela.

Obstaja pralik džankija. Prvi džanki je bil Thomas de Quincey. David Herkt (1992) piše:

> Človek, ki je odgovoren za naše pojmovanje džankija ali uživalca, je bil Thomas de Quincey. De Quincey je bil 52 let odvisen od laudanuma. Glede na pojmovanje uživanja mamil, ki ga je razvil, lahko imamo De Quinceya za prvega džankija. Bil je pisatelj in s svojim pisanjem, še zlasti s knjigo *Izpovedi angleškega uživalca opija* (Confessions of an English Opium-Eater), je začrtal več značilnosti modela odvisnosti in uživanja opiatov, ki še vedno vztraja. Najbolj vplivno je bilo dejstvo, da je prvi usmeril pozornost medi-

cinske stroke na idejo odvisnosti od opiatov. Zabeležil je sindrom, ki ga danes poznamo kot abstinenčnega, in opozoril medicino na fenomena tolerance in odvisnosti. De Quinceya je medicina devetnajstega stoletja uporabila tudi kot najpomembnejšo študijo primera, saj je podal obširne opise svojega fizičnega razmerja z laudanumom.

Pred De Quinceyem so ljudje pač interpretirali odvisnost kot navado in niso vzročno povezovali abstinenčnih težav z uživanjem opija. Angleški pesnik Samuel Cooleridge, ki je bil 36 let odvisen od opija in je ves ta čas ohranil spoštljiv status in osebno integriteto, kot še mnogo njegovih slavnih sodobnikov, ni nikoli povezal slabega počutja s prenehanjem uživanja opija. Kajti prvič je vzel opij kot zdravilo proti slabemu počutju in je abstinenčne simptome interpretiral kot znake bolezni, ki jo je brzdal z jemanjem opija.

De Quincey v knjigi ni opisal samo simptomov, marveč tudi svoje izkušnje in svoje življenje. V knjigi opisuje, kako je kot otrok pobegnil od doma, živel na londonskih ulicah, svoje romantične ljubezni ipd. Knjiga je izšla leta 1821, v obdobju romantike, temu primerna je tudi zgodba: marginalnost, doživetja, uporništvo – komponente, ki jim je sledilo veliko posnemovalcev in ki so še danes osnovni skript kariere uživalca. Sam lik pa se je utrdil v podobnih delih od W. S. Burroughsa do bolj plehke zgodbe Christiane F.

Za ostale tipe uživanja, ki smo jih predložili v svoji tipologiji, bi lahko našli like, ki jih predstavljajo. Tako je znan lik zasvojenca zdravnika. To je en od tipov, ki so bili znani v naših krajih pred pojavom uživanja opiatov v povezavi s subkulturo. Lik odvisnega od opiatov, ne da bi to opazil, je bolnik, ki prejema morfij za blažitev bolečin. Za naključni, eksperimentatorski tip uživanja in redno uživanje ni kakšnega posebnega lika. Stereotipna predstava takega uživanja je, da je to le faza, ki pomeni hiter prehod od začetnega uživanja k zasvojenosti. Tej stereotipni predstavi se pridružuje še stereotip, da je začetnik naiven ter da ga tisti, ki so zasvojeni, mimogrede nič hudega slutečega zapeljejo v zasvojenost.

PROTILIKI

Obstaja niz podob, ki jih lahko postavimo ob rob »klasičnim« likom in ki te stereotipne predstave relativizirajo. Zasvojenim zdravnikom seveda stoje ob strani še drugi funkcionalni odvisniki, ki lahko ob svoji zasvojenosti živijo normalno življenje, poleg premožnejših slojev, pogojno lahko sem uvrstimo tiste, ki so zdravniško vzdrževani na metadonu ali celo na heroinu. Tudi pripadniki delavskega razreda si lahko privoščijo vsaj del kariere funkcionalnega uživalca:

> [...] tudi to je treba ločit. Sem se fiksal vsak dan, sem bil suženj te droge, še vedno v službo hodil. Ko sem bil na malo večjih krizah, sem bil pri doktorju, sem rekel, da me zvija v želodcu, sem bil na bolniški dva tedna. Pol je bilo spet vse uredu, sem šel spet v službo, sem delal, sem bil stalno na horsu, sem lahko delal, se je zgodilo, da ga je zmanjkalo, pol moral it na bolniško.

Poleg tega so tukaj še pripadniki kultur, kjer je uživanje opija bolj ali manj tradicionalno (Kitajska), pa tudi zgodovinska obdobja zahodne kulture, ko opij še ni bil prepovedan in je bil zelo razširjen (za Anglijo v 19. stoletju glej Berridge, Edwards 1987). Stephens (1992: 62-63) poroča o študiji Hansona in sodelavcev, ki so raziskovali skupino uživalcev, ki ni bila nikoli na zdravljenju, čeprav je razmeroma pogosto uživala heroin (kriterij za vključitev v študijo je bil, da so v zadnjih 14 dnevih pred intervjujem vsaj 8 dni nepretrgoma uživali heroin). Ugotovili so, da gre velikokrat za »delne« džankije, se pravi ljudi, ki ne pripadajo subkulturi, užijejo drogo ne več kot enkrat dnevno, ne porabijo zanjo bajnih vsot (85% jih ni porabilo več kot 30 dolarjev dnevno), četrtina jih je omenjala kot glavni vir dohodkov redno zaposlitev, ostali pa so pridobivali dohodek iz majhnih kriminalnih poslov (manjše kraje, goljufije, preprodajanje droge). Značilno za ta tip uživalcev je bilo, da se niso poistovetili z džankijevskim likom, da so zavračali sprejemanje sebe kot džankija (bodisi kinkajoče ali »*cool*« podobe). Avtorji so bili mnenja, da gre za predstavnike

novega tipa uživalcev, ki so na meji med sceno in normalnim svetom. Vsekakor pa gre za ljudi, ki ne sprejemajo vloge džankija.

Stereotipen lik hitrega prehoda med začetnim uživanjem in zasvojenosti smo že prej kontrastirali z vmesno kategorijo odvisnosti, ki je potrebna za razumevanje odvisnosti npr. bolnikov. Sem sodijo poleg njih vsi tisti uživalci, ki so bili odvisni pred De Quinceyem in v tradicionalnih kulturah, pa tega niso tako interpretirali. Protilike predstavljajo še nekatere skupine uživalcev, ki odstopajo od »začrtane« poti. Podatkov o rednih, a nezasvojenih uživalcih je zelo malo, ker za oblast niso tako zanimivi[8] in ker tudi niso vidni — so izven delokroga policije, zdravstva ali sociale. Zato je takih študij malo. Najbolj znana med njimi, Zinbergova (1997) študija, je opisovala kulture rednih uživalcev, ki so svoje uživanje dobro kontrolirali, se pravi, niso postali odvisni. Tako uživanje je po avtorjevem mnenju mogoče, če je na razpolago naslednja podpora:

> dostop do mreže izkušenih uživalcev, ki ima dovolj znanja o kontroliranem uživanju opiatov, ki lahko novincu posredujejo nasvete; strogo upoštevanje pravil pogostosti uporabe, tako da se mamilo uživa samo ob določenih priložnostih, npr. ob weekendih, in nikoli drugače; da ima posameznik druge pomembne angažmaje v življenju, npr. službo, družino, razvedrila, ki so v nasprotju z uživanjem opiatov; ter da ima krog prijateljev, ki vključuje tudi neuživalce. (Pearson *et al.* 1987: 42:43.)

Stephens navaja po Zinbergu funkcije naslednjih pravil in ritualov, skupin uživalcev, ki kontrolirano uživajo heroin:

> 1. Pravila, ki definirajo zmernost in obsojajo uživanje. (Večina uživalcev ima pravila, ki omejujejo pogostost uživanja pod raven, ki je potrebna za zasvojenost. Veliko jih ima posebna pravila, npr. »Ne uživaj heroina vsak dan« ali »Nikoli dva dni zapored«.)
>
> 2. Pravila, ki omejujejo uživanje na fizično in socialno okolje, ki omogoča pozitivno ali »varno« izkušnjo omame. (Nekateri zavračajo uživanje skupaj z zasvojenci, od katerih so nabavili mamilo, večina se jih izogiba voziti avto, ko so zadeti.)
>
> 3. Pravila in rituali, ki so namenjeni preprečevanju neželenih učinkov uživanja in predvidevajo varnostne ukrepe pred in med uživanjem. (Nekateri zmanjšujejo tveganje predoziranja, tako da zaužijejo le del svoje doze, in počakajo, da ocenijo učinke, preden vzamejo več. Drugi se izogibajo mešanju različnih mamil, uporabljajo sterilni pribor in odklanjajo izmenjavo pribora.)
>
> 4. Pravila in rituali, ki podpirajo uživalčeve vsakdanje dolžnosti in odnose. (Nekateri uživalci se izogibajo uživanju mamil v nedeljo zvečer, da ne bi bili preutrujeni za delo v ponedeljek zjutraj. Nekateri skrbno pazijo in predvidijo količino denarja, ki jo namenijo za mamila.) (Stephens 1991: 62-3.)

Eden od naših sogovornikov džankijev je bil mnenja, da dvema od osmih, ki se ukvarjajo s heroinom, uspe, da se ne »navlečejo«[9]:

> Imel sem prijatelja, ki mu je uspelo furat občasno, le tako ob vikendih [...] ni suženj, ker se fiksa enkrat ali dvakrat na teden, se precej pazi, da ne bi padel na heroinsko sceno, ker vidi, koliko sem imel jaz problemov s heroinom. Rajši malo pretrpi psihično krizo, pa se po enem tednu ali dveh tednih spet fiksa, da ima pavzo, se precej pazi.
>
> [...] En razlog, da se ne fiksa, je ženska. Kaj je lahko še razlog? Verjetno ga tudi to bremza, ker misli, da si bo enkrat ustvaril družino: »itak sem še mlad, bom izkoristil možnost, bom že pol prenehal«. Ne vem, če je to varianta. Ne vem, če je toliko močen, da bo. Nisem proti, nisem fovš, mu dam brizgo [...] si kupi pol grama, ima za vikend. Cel teden brez, potem spet, če ima keša.
>
> Potem ko sem jaz začel fiksat, je tudi on po dveh letih, ko je videl, da je to fajn. Potem, ko je videl, da že jast mislim na zdravljenje, je videl vso sceno, kako se vlečem iz tega, ko sem tudi dajal krize skozi brez zdravil, ko sem trpel, ko me je zvijalo, si je verjetno misli, da ne bo takšen, kot sem jest, jaz tudi upam, da ne bo takšen.

Če redni kontrolirani uživalci zavračajo lik džankija in je zanje džanki izrazito negativen vzor, pa je za primerjavo zanimiv

pojav psevdo džankija, človeka, ki bi rad postal del heroinske scene, pretirava v pogostosti svojega uživanja in posnema džankije v nekaterih potezah, pa iz različnih razlogov ne more postati eden izmed njih. Dokaj banalen razlog je lahko ta, da je na določenem območju kvaliteta heroina zaradi redčenja že tako slaba, da ni mogoče postati zasvojen (Stephens 1991:61).

In končno lahko tudi liku šahista med neuživalci postavimo nasproti celo galerijo različnih likov. Med neuživalci heroina so seveda uživalci in zasvojenci drugih mamil, potem so lahko bolj ali manj tolerantni ali indiferentni do uživanja heroina. Subkulturno bližje ali ne. Z realnimi izkušnjami iz svojega življenja (prijatelji ali svojci koga, ki uživa heroin) itn. Skratka, neuživalci so zelo heterogena kategorija z zelo različnimi, tudi nasprotujočimi si stališči do uživanja heroina.

KARIERA DŽANKIJA

Ko smo klasificirali tipe uživanja glede na stopnjo in intenzivnost vstopa v različne vloge uživalcev, smo izvedeli, da je džanki disfunkcionalen uživalec oz. zasvojenec, da gre v procesu džankizacije za socialno in telesno obubožanje, da je džanki vezan na socialno vlogo, ki je zanj dominantna, da tako drugi kot tudi včasih on sam reducirajo vse njegovo vedenje na njegov odnos s heroinom, ter da je to tak način uživanja, kjer je zanimanje za heroin nadrejeno vsem drugim interesom. Če smo se doslej zlasti trudili, da bi dosegli red v terminologiji, da bi ustvarili tipologijo uživanja, in je bilo naše delo usmerjeno zlasti v sklepanje in analizo doslejšnjih konceptov in usklajevanje podatkov, bomo v nadaljevanju bolj opisni in bomo poskušali dovolj plastično in tako s tujimi kot svojimi izsledki na etnografski način prikazati, kaj pomeni biti džanki.

Eden izmed naših sogovornikov je besedo džanki definiral takole:

> Če rečem džanki, mislim na osebo, ki je suženj heroina, ki se mora vsak dan fiskat, da je sposoben kaj delat, da je sposoben se s kom pogovarjat, da je sposoben sploh živet. Ti občasni uživalci niso džankiji, ker ga ne rabijo za vsak dan, si prišparajo kaj denarja, za vikend si ga privoščijo.

Do empirične definicije vloge »*uličnega zasvojenca*« je v že omenjeni raziskavi med zasvojenci na zdravljenju prišel Stephens (1991: 48). Po njegovih izsledkih naj bi vloga džankija

> sestavljala naslednja vedenja: (1) užival je več kot eno mamilo; (2) najmanj enkrat je bil aretiran; (3) izvršil je vsaj eno težje kaznivo dejanje; (4) uporabil je nelegalne vire nabave mamil (v večji meri dilerje kot prijatelje); (5) najpogosteje je užival mamilo intravenozno (pomemben pokazatelj vključenosti v uživanje narkotikov); (6) se je »spustil« najmanj enkrat pred sedanjim zdravljenjem; (7) raje kot druga mamila (ali najpogosteje) je užival heroin ali kokain; in (8) najmanj enkrat je preprodajal mamila.

Empirična definicija, ki smo jo dobili z analizo vprašalnikov, poudarja tudi večjo stopnjo stika tako z represivnimi kot drugimi ustanovami, večjo nepokritost osnovnih življenjskih potreb in večjo vpletenost v nasilne situacije, kjer so v večji meri žrtve kot napadalci (Flaker 1993).

OZADJE DŽANKIJEV

Stephens (1991: 68-71) navaja, da je glede tega in družinskih razmer le malo dokazanih razlik med džankiji in njihovimi vrstniki; nekatere raziskave so registrirale le malo teh razlik, nekatere pa nobene. Naši podatki kažejo, da so bili nekateri odvisniki verjetno deležni brutalnejše vzgoje očeta in da so bili morda bolj usmerjeni v vrstniško vzgojo. Pomembna razlika, ki jo prav tam navaja Stephens, je v izobraževalni karieri; kot kaže, bodoči džankiji prej zapustijo šolo, prav tako pomembna je orientacija referenčne skupine, ki je navadno bolj deviantna. Stephensova osnovna teza je tudi sicer, da je vloga džankija le ena od deviantnih vlog, kar dokazuje s podatki, da je velika verjetnost, da bodo džankiji (v citirani

študiji je šlo za ženske) vstopili na sceno iz treh deviantnih skupin: »hipijevske scene«, kjer je uživanje mamil in nekonvencionalno vedenje visoko vrednoteno, iz »kriminalnega podzemlja«, kjer je poudarek na žilavosti, nasilju, žuriranju, uživanju drog in drugih skupinskih dejavnostih, ter »življenja na visoki nogi«, ki je značilno za prostitutke in se sestoji iz velike potrošnje, vznemirljivega življenja ipd. Angleške raziskave (Pearson *et al.* 1987; Parker *et al.* 1988) pa nasprotno poudarjajo, da se džankiji novačijo iz zelo različnih življenjskih stilov, da pa k hitrejšemu vstopu na sceno prispevata nezaposlenost in dosegljivost mamila v prijateljskih mrežah.

PRVA PONUDBA IN EKPERIMENTIRANJE

Motivacija za prvo uživanje je raznovrstna. Navedeni avtorji govorijo o radovednosti, zelo pomembni pa so dejavniki, ki pomenijo novincu socialno sprejetost v krog uživalcev in pa vpliv pomembnih drugih. To ne pomeni samo vzornikov v mladinski kulturi ali v konkretni skupnosti, temveč tudi konkretne prijatelje, »ki ti pač ponudijo nekaj, kar sami počno« (Stewart 1987: 12). Se pravi, da je tako posredovanje dosti bolj domače in izgubi avro nevarnosti, ki jo sicer generira vojna propaganda. Hkrati pa ima ukvarjanje s heroinom še vedno neko mistično avro posvečenosti v skrivnost, ki je vabljiva tako v doživljajskem kot v socialnem smislu.

Okoliščine prvega uživanja so praviloma take, da se to zgodi v družbi, in sicer s prijatelji in znanci. V večini primerov (75%) se to zgodi po naključju, se pravi, nenačrtovano, temveč tako, da se novinec znajde v situaciji, kjer to počno drugi, ali pa mu ponudi prijatelj, h kateremu je prišel na obisk. To pa ne pomeni, da so novinci naivni, da ne vedo, v kaj gredo. To ponavadi ni prva omama (skoraj vsi so pred tem poskusili kanabis ali alkohol) in večina jih pozna heroin iz pripovedovanja. Tako da lahko sklepamo, da ne gre za »nedolžno žrtev«, ampak počasno približevanje, ki jih potem zanese v prvo uživanje (Stephens 1991: 74). Tisti, ki so nagnjeni k fabulativnemu prikazovanju postopnega napredovanja v karieri, bodo stopnjevali tudi način vnašanja mamila v organizem, od snifanja in oralnega uživanja k intravenoznemu. V resnici ameriški podatki govorijo o tem, da jih kar 58% začne intravenozno, 25% z vdihavanjem, ostali pa oralno.

Zelo pogosto je prvi učinek slabost, bruhanje. Tri četrtine jih poroča o tem. Vprašanje je, zakaj potem nadaljujejo. McAulife (cit. po Stephens 1991: 75-77) navaja različne vzroke:

> prvič, to se zgodi samo v začetnih poskusih, drugič, bruhanje ni tako neprijetno, verjetno zaradi analgezičnega učinka heroina, tretjič, veliko uživalcev je poročalo, da so bili vnaprej opozorjeni, da se bo to zgodilo in da bodo pozneje ti učinki izginili, četrtič, novinci so imeli podporo skupine uživalcev [...], in končno, negativne učinke pogosto zasenčijo evforični učinki, ki se pojavijo tudi že pri prvem uživanju. Eksperimentatorji, ki niso nadaljevali uživanja, seveda niso uporabili teh nevtralizacijskih argumentov in je bilo slabo počutje glavni razlog, da niso nadaljevali.

Drugače pa poleg socialnih spodbud prav užitek motivira za nadaljevanje po prvih neprijetnih izkušnjah. Opisi izkušnje so ponavadi precej nedorečeni in uživalci pogosto zatrjujejo, da jih ni mogoče opisati z besedami. Eden izmed tipičnih učinkov je t. i. »*flash*«, nenadno preplavljanje prijetnih občutkov, tokov po telesu, drugi govorijo o »kinkanju«, kjer uživalec daje videz speče osebe, vendar ne gre za spanje, ampak za stanje, ki je podobno hipnagognim stanjem in ga spremljajo prijetni občutki sproščenosti. Nekateri opisujejo učinke kot preprosto sprostitev, podobno prijetni telesni utrujenosti. Uživalci večkrat govorijo o občutkih moči, obvladovanju situacije, povečane dojemljivosti ipd. Drugič pa je prijetnost heroina povezana z odpravljanjem skrbi in tesnobe.

Crawford in sodelavci (cit. po Stephens 1991: 77) so ugotovili, da je interpretacija prve izkušnje povezana z nadaljnjo kariero. Tisti, ki so postali zasvojeni, so uživali v »kinkanju«, sproščanju in občutku brezskrb-

nosti, medtem ko je bila zmernim uživalcem všeč sprostitev in prijetna družabna izkušnja uživanja. Važna motivacija so tudi dejavnosti, ki sledijo použitju heroina (seks, zabava), kot tudi sprejetost v krog uživalcev.

Iz tega lahko sklepamo, da nekateri miti, ki veljajo o začetkih uživanja heroina, ne veljajo. Heroina ne ponujajo tujci in dilerji, ki hočejo z zastonjsko ponudbo dobiti klientelo, temveč ga začetniki dobijo prek prijateljskih mrež. Poudarjanje nevarnosti ne preprečuje uživanja, saj jih skoraj vsi uživalci poznajo, avra nevarne droge pa ponavadi le poveča mik vznemirjenja in izziv. Zavrnitev ponudbe ne pomeni jamstva, da kdaj drugič ponudba ne bo sprejeta, saj se novi uživalci ponavadi počasi približajo uživanju.

MEDENI MESECI

To je obdobje od začetnih prijetnih doživetij do prve zaznave odvisnosti. Po navadi traja od 6 do 12 mesecev (Stephens 1991: 78). V tem času se pogostost uživanja, če pelje v zasvojenost, poveča, heroin postane dominantno mamilo, uživalci, ki so začeli drugače, preklopijo na intravenozno uživanje. Odnosi s svojci se deloma spremenijo. Če ne drugače, tako, da tajijo svoje početje. Če jih odkrijejo, postanejo odnosi napeti in konfliktni. Svojci pritiskajo nanje, naj nehajo, oni pa se branijo, da je to njihova stvar.

Pojavijo se lahko prve težave v službi ali šoli. Dostikrat uživalci tudi že v tem obdobju potrebujejo dodatna, ilegalna sredstva za nabavo mamila. Vseeno pa imajo novinci dober občutek o tem obdobju. Občutki moči, ki jim jih da heroin, omogočijo tudi zanemarjanje predvidljivih posledic. Tudi bivanje v skupini je prijetno.

PRVA ZASVOJENOST

Uživalci se navadno posredno zavedo, da so zasvojeni, npr. tako, da se nekega jutra zbudijo z »gripo«, da so »bolni«. Gripa izgine takoj po prvi dozi. Manj kot polovica jih prepozna te simptome in po navadi jih nanje opozorijo prijatelji. Kljub temu spoznanju jih le četrtina poskusi prenehati. Tretjina jih kljub temu, da se prestrašijo, uživa naprej. Petina jih je celo srečnih, da so se končno »navlekli«, saj zdaj pripadajo klanu (Stephens 1991: 80).

ŽIVLJENJE DŽANKIJA

> [...] se počutiš dobro, vsaj nekaj cajta. Ko se ne počutiš tako dobro, si že na krizi. Pol moraš nadaljevat s tem, če nočeš bit na krizi. Kriza je tako, kot vsi vejo, res huda in se vsak pol boji krize. Zato pol kradejo doma staršem denar in zlato, vse živo, da imajo denar, da si grejo potem kupit.

Kriza, pridobivanje denarja za drogo in nabava droge so stalnice džankijevega življenja. Druge stvari so obrobne in večji del ostajajo v ozadju teh treh likov. Težko je reči, kaj eksponira te like, naša perspektiva, kjer ne vidimo drugih vidikov življenja džankijev, ali vloga, ki zasenči dejansko, konkretno vsakdanje življenje.

KRIZA

> [...] ker sem ostal brez financ, brez heroina, ga nisem kje dobil. Ni imel un tip, ki mi je zaupal heroin. Ni on imel, ni oni drugi imel, pa sem ostal brez za en dan. V onemu dnevu me je toliko zvijalo, da je on lahko očitno videl, koliko ti ta dan pomeni, koliko je ta dan dolg, te samo meče po postelji. Mi je poskušal pomagat, čeprav se on še fiksa.

Glede krize sta dva nasprotna pogleda, ki en drugega obtožujeta, da dejansko stanje mistificirata in potvarjata. Prvi je tak, da je kriza zelo dramatična izkušnja, ki je ne bi privoščili niti svojemu sovražniku. Bolečine so tako neznosne, da jih ni moč prenesti in nekateri celo pravijo, da je moč od krize umreti. Po drugi strani pa se je razširilo mnenje, da kriza ni hujša od močnejše gripe in da jo je mogoče prestati brez večjih težav. Verjetno je resnica oboje in veljata

obe različici, odvisno od okoliščin - človeka, njegove percepcije, metabolizma, stopnje zasvojenosti ipd. Vprašanje je, koliko je kriza družabno facilitirana, kajti nedvomno ima kot pojem džankijevske scene mitološke razsežnosti, vendar ali in kako ta mit vpliva na sam doživljaj ali samo in kako na govor o njem?

HEROIN IN DENAR

Da ne bi bilo krize, je potreben heroin, in za heroin je potreben denar. Cene heroina se zelo spreminjajo in so od časa do časa razmeroma nizke. Razpon cen je bil od 30.000 do 200.000 tolarjev po gramu, kar bi pomenilo, da lahko džanki porabi za heroin tudi več kot dva milijona na mesec, lahko pa samo eno dobro mesečno plačo[10]. Tudi pri tej nizki ceni mu ne bi ostalo za življenje. Zato si mora tako rekoč nujno izmisliti neke strategije preživetja. Drug problem, na katerega trči, pa je nepreskrbljenost trga. Pri nas trg še ni tako razvit, vsekakor pa ni ustaljen. To pomeni, da obstajajo sušna obdobja in da je razmeroma malo standardnih kanalov. Nabava droge ne pomeni zgolj imeti dovolj denarja, ampak je treba robo tudi najti.

NABAVA DROGE

V krogotoku nabave droge je pomembna vloga dilerja. Tudi ta lik se v javnih predstavah v marsičem razlikuje od realnosti. Ponavadi si predstavljamo dilerja kot okorelega kriminalca, ki izžema zasvojence in zapeljuje novince. Za zadnje smo že rekli, da ne drži, do prvega pa moramo tudi izraziti zadržanost. Večina džankijev »dila« in večina dilerjev so tudi džankiji; med tema dvema vlogama je težko razmejiti:

> Z mojo plačo sem si lahko privoščil dva grama ali tri, sem pa rabil precej več, tako sem plačal tri grame, vzel pa pet, pa sem zdilal, pa sem dobil ves oni keš, ali pa še več, ker sem mešal. Ker sem vedno iskal boljši heroin, da sem ga lahko zmešal z glukozo ali pa laktozo, ne s kakšnimi tableti, ker je potem svinjsko, da sem lahko spet kupil in prodal, zmešal, spet prišel do denarja. Sem bil prisiljen za kupit dozo zase, prodajat.
>
> Prodajal sem takšnim, ki so prišli kupit. Sem jih poznal precej, prišli so raje k meni kupit, lokalni, sem imel več profita, ker sem imel boljši staf, se je vedno vedlo, kje sem, se me je najdlo. Je tudi meni zmanjkalo. Če je kdo prišel k meni, sem kupil z njegovim denarjem. Sem imel zase in sem lahko dal tisti dan skozi.

V večini primerov je težko postaviti mejo med potrošnikom in dilerjem. Velikokrat se znajdejo v obeh vlogah; gre za neke vrste diferencial med obema vlogama oz. za rahla stopnjevanja, ne pa za jasni rez. Večkrat je znano, da ima ta ali oni »trafiko«, se pravi, da se pri njemu dobi »staf«, vendar se bo lahko kaj kmalu zgodilo, da bo tudi on na cesti iskal, kje se da kaj dobiti.

Iz literature vemo, da podobno drži tudi za bolj razvite in stabilne »scene«. Za razvito sceni lahko štejemo Ameriko, manj pa npr. Anglijo. Bolj ko je scena razvita, bolj pridejo do izraza vloge dilerja in bolj so vloge diferencirane (več je pomožnih vlog, npr. kurirjev, ipd.). Do podobne ugotovitve bi verjetno prišli tudi, če bi opazovali diferenciranost vlog od dna do proti vrhu kupoprodajne oz. razpečevalske piramide. Bolj ko bomo šli proti vrhu, bolj bodo razpečevalci zgolj to in manj tudi uživalci-potrošniki.

Pri nabavi heroina so poleg vloge dilerja pomembne tri stvari: najti oz. locirati vir heroina, pogoditi se za dobro ceno in izogniti se, da bi te kdo »nategnil«. Prva je še zlasti pomembna v »sušnih« obdobjih. Zasvojeni uživalec mora biti na tekočem, kdo ima »staf«, ter o ceni in kakovosti. Temu je posvečen velik del življenja. Tukaj lahko govorimo tudi o velikih količinah časa, ki jih preživi džanki v čakanju na tistega, ki mu bo dobavil heroin, v dogovarjanju, poizvedovanju. To ne velja samo za našo sceno, temveč tudi za druga okolja (npr. Amerika), kjer je subkultura uživalcev tudi bolj razvita. Pri dilerju velja za dobro lastnost, če se ga zlahka dobi.

V trdnih ameriških džankijevskih subkulturah so se razvile še pomožne vloge, ki

pomagajo pri taki distribuciji, vloge usmerjevalcev in vloge oglaševalcev. Da bi promet tekel gladkeje, nekateri džankiji za svoj delež heroina prispevajo k temu, da se širijo govorice, kje se dobi mamila.

Da bi džanki dobil dober »dil«, se lahko poslužuje različnih strategij. Stephens in tudi drugi avtorji omenjajo različne načine, kako to doseči (Stephens 1991: 83-5; Stewart 1987: 108-125). En način je imeti stalnega dobavitelja; pri tem se lahko razvije odnos medsebojne odvisnosti in zaupanja. Kupec pozna dilerja, njegovo stopnjo poštenosti, zanesljivosti itn. S stalnim dilerjem se zmanjša tudi možnost problemov s policijo. Drug način je, da poskuša raziskati trg in dobiti tisto, kar je najcenejše ali najboljše. To je seveda bolj mogoče v okoljih, kjer so razvita tržišča. Pri nas so uživalci prepuščeni iznajdljivosti in sledenju govoric.

Pred »nategovanjem« se lahko kupec zavaruje s tem, da poskusi mamilo pred nakupom. Vendar so okoliščine podtalnih transakcij pogosto take, da tega ne dovoljujejo in se mora nakup zgoditi hitro in konspirativno. To seveda zveča možnost, da uživalec kupi slabo »robo«.

Sankcije, ki so na voljo kupcu, so lahko, da neha kupovati pri dilerju, ki ga je »nategnil«, ali da zahtevajo nadomestilo. Za to je potrebna moč, ki je včasih fizična, večkrat pa tudi ne. Kajti maščevanje je lahko tudi tako, da sleparskega dilerja očrni pri drugih, sproži o njem govorice in tako odvrne kupce od njega. Videli bomo, da so ti mehanizmi značilni za kulturo »scene«.

Ena od oblik zavarovanja je zaloga. Zaloge heroina so ponavadi majhne in zdržijo le nekaj časa, verjetno tudi zaradi tega, ker je heroin blago, ki je konkurenčno in dobesedno »likvidno«. Manj konkurenčen je metadon, ki ponavadi služi kot zaloga za slabe dni. Med nekaterimi džankiji se je razvila navada, da večino časa preživijo na metadonu, ki jim je lažje dostopen (legalno ali ilegalno), in uživajo heroin le ob posebnih priložnostih.

KRIMINAL

Za nabavljanje heroina je, kot smo rekli, potreben denar, in sicer vsota, ki je občutno večja od povprečnih legalnih dohodkov:

> Razlog, da nekdo začne s kriminalom, so verjetno finančni problemi. Na Primorskem ima probleme marsikdo, marsikdo je komu dolžen, še kdo pa njemu dolžen, ni eden ni drugi ni sposoben za vrnit ta keš, se mora spustit v kriminal, v kraje. Najprej se prične doma krast, dobro, najprej prodaš, kar imaš svojega, potem ko nimaš svojega, prodaš tisto, kar imajo starši. Potem moraš priznat. Zvejo, da se fiksaš in da rabiš. So eni primeri, ko starši pomagajo, da prideš do droge, nočejo videt, kako se zvijaš. Če imaš bolj revne starše, se spuščaš v to, da kradeš zlate verižice, poročne prstane, potem ko tega zmanjka, se spustiš v krajo, v pošti.

Ameriška raziskava (Shaffer, Nucro, Kinlock, cit. po Stephens 1991: 86) nam takole odkriva tipologijo kriminala uličnih zasvojencev, ki se ukvarjajo s kriminalom:

Odstotek zasvojenih	Tip kriminala	
33,1	I	Marginalni kriminal[11]
20,3	II	Preprodajalci mamil
20,6	III	Tatovi
13,8	IV	Prepovedane igre na srečo
5,4	V	Prevaranti (ponarejanje in goljufije)
3,4	VI	Nasilje (ropi ipd.)
2,0	VII	Superprevaranti (več goljufij kot V)
1,4	VIII	Supernasilje (bolj nasilna dejanja)

Že ameriška podoba nam da vedeti, da je glavni motiv kriminala pridobitniški. Na nasilni kriminal odpade le manjši odstotek. To kažejo tudi naši podatki. Slutiti smemo, da bi bila taka razpredelnica za naše razmere nasičena s še manjšimi številkami kriminala večjega obsega.

SCENA – SUBKULTURNE SPECIFIČNOSTI ŽIVLJENJA NA DŽANKU

Džankijevske subkulture v Ameriki opisujejo kot relativno močno strukturirane skupine z izraženimi vlogami, hierarhijo statusov, svojo ekonomijo itn. Angleška etnografska poročila se v tem smislu precej razlikujejo. V Angliji so ti krogi manj usmerjeni v kriminal, vloge niso tako strukturirane, a vseeno lahko govorimo o posebni skupini z lastno kulturo, žargonom, navadami in mentaliteto. Sklepamo, da je podobno tudi pri nas.

DŽANKIJI MED SABO

> Džanki do džankija. To je tako: dokler je prah, je vse lepo, nasmejano, veselo, čim ga je manj, je nategovanje, čim je nategovanje, je kreganje, čim je kreganje, pride pretep, pol je pa že pizdarija. En drugega se nateguje 100 na uro, kolikor se da. Včasih je kar prav naziv »džanki«.

Ena izmed značilnosti odnosov med džankiji je, da se črnijo drug drugega. Čeprav marsikoga, ki je na igli, ne prizadene, da ga drugi naslovi kot »džankija«, in tega ne jemlje kot psovko, pa to uporabi, da ozmerja drugega. Nestrpnost in medsebojno zbadanje sta po mnenju uživalcev posledica verige »nategovanja«:

> ti daš meni denar za dva šuta, jaz grem zate iskat, v vsakem primeru si bom zase šut vzel. To pomeni plačaš dva, dobiš enega in valda boš ven padel. In s tem se začne. Daš za pol grama, dobiš četrt grama in to se miksa in [...] pizdarija; kakor je, je pizdarija, v vsakem primeru. Beda. Če ni, se krade. Prideš pa v vsakem primeru do šuta, če hočeš.

Vendar med njimi obstaja tudi solidarnost, medsebojna pomoč:

> Ja – mislim, to je spet odvisno od človeka, ne. Jaz ne morem enga gledat, da imam v žepu paketek, da ga vidim tam zvitega pa skrivljenega, ne. Takrat bom dal. To je stoposto. Imaš pa tudi take, ki bo stiskal v žepu. No, da ti povem ta primer: doma sem ležal dva dni, mislim v tistemu lastnem dreku, al pa če se temu reče – kozlanju, ne, in ob 11-ih pride tko dober prijatelj, mislim bil kao dober prijatelj, v stvari je pizdun, in pozvoni okrog 11-ih in ga vidim in prvo, kar sem ga vprašal, je bilo »a maš kej?«, pa pravi »mam«, pa pravim: »pridi noter«. Ne, prvo me je on vprašal: »a maš iglo?«; sem bil že ves vesel, zdejle me bo pa spasio. Pride noter, sem rekel »dej mi mal, ne«, pa pravi »mam sam za šut«, sem mu rekel »dej mi pol šuta saj«, pa prav »ne, k je še to glih za glih« in si je skuhal, pa pravi »vato ti bom pustil«. Si je skuhal in je overdovz naredil! Jaz sem ga pol v tisti krizi, ko sem komaj sam sebe stal, sem njega reševal eno uro. Si zamisliš to – ko bi ga najraje zadavil – mislim res; zadavu pa čez okno fuknu, mislim zbrcal. Matr bi s tem užival.

Nategovanje je lahko tudi povod in razlog za fizično nasilje:

> Glih zaradi tega nategovanja sem se stepel in to glih zaradi tega, razumeš, daš tisti zadnji feder, ki ga komaj skupaj nabereš, in ti pol prinese, če ti prinese – zgodi se, da nič ne prinese; prinesel je totalen bulšit, mislim, sem se tresnu, sem bil isto bolan, še bolj kot prej, če se temu tko reče. Kaj češ drugega, kot po gobcu udarit. Edina varianta je bila zadoščenje, čeprav mi ni bilo nič bolje, samo počutil sem se bolje.

Vendar pa fizične praske ne pomenijo dolge zamere in užaljenosti, konflikt se kmalu, morda že naslednji dan pozabi:

> Seveda, ne, k sta žlico skupej vzela in sta se ga zadela in je bilo vse v redu, pozabljeno in veselo. Saj pravim – dokler je, je vse nasmejano in veselo. Čim je malo, je že pizdarija. Čim pa ni, je pa že grozota. Pol vsak gleda samo na svojo rit, ne, pobere keš in ...

Kocmur (Flaker 1993: 52) pravi,

> [...] da se konfliktne travmatične scene (npr. psovke, podprte z udarci) zelo hitro pozabijo. Pretep s posledico telesnih poškodb, za katerega bi menili, da lahko predstavlja razlog za prekinitev odnosov vsaj za dlje časa,

izostanek nadaljnje komunikacije ipd., je v resnici »na nek način« zelo hitro pozabljen. Če sta se npr. dva včeraj stepla in je bil pri tem nekdo obrcan, se lahko naslednji dan že povsem »normalno« pogovarjata, kakor da se ni nič zgodilo. Vtis, ki smo ga pri tem zmerom dobili, ni bil, da se prijatelji pač po prepiru pobotajo, temveč v nekem posebnem nenapisanem kodeksu, ki bi ga lahko imeli za enega od modelov »stanja stvari«, ki je povezan z džankijevsko sceno. Delno bi lahko to imeli za preračunljivost, kar pa hkrati presega oseben odnos in je bolj povezana s splošnim stanjem, za katero je značilna močna medosebna odvisnost (vsi akterji imajo podobne težave, povezane s »preživetjem« na džank sceni, zaradi različnih vzrokov drug drugega potrebujejo).

Slavc Gorjup (Flaker 1993), prvi predsednik Stigme, je v pogovoru pojasnil dinamiko nastajanja takih odnosov takole:

> Na primer en krog ljudi začne uživat droge, na primer, se začnejo zakajat, jemat tripe in tu pa tam se zafiksajo in potem začno redno fiksat in so na džanku naenkrat in ta stvar teče, se pravi, so na igli. In v začetku je tako, da ima vsak enega, dva zelo ozka prijatelja, s katerima skupaj rola po sceni, ima potem še par drugih frendov in je odnos na nek način prijateljski, vsaj na začetku; takrat ko je trava, še tripanje, je scena normalna, prijateljska in ni ne vem kakšnega strašnega napizdevanja ali pa nasilja ali pa kakih nepredvidljivih situacij. Ko se začne folk fiksat, je na začetku, ko je to še občasno, zelo lepo, zelo normalno. Fino je, ko se zbere denar, ko se nekaj kupi, vedno je še moment nakupa, ampak, ker na začetku ni nekih finančnih problemov in nasploh problemov, cela stvar izpade zelo nekonfliktna, se pravi, ni tega, da bi se kregali itd.
>
> Ampak takoj, ko pa gre stvar dalje, ko vsak dan rabiš heroin, pa nekje med temi ljudmi, ki so pač na sceni, nastane, bi rekel, moment konkurence med sabo in paktiranja z drugimi, in to recimo vsak dan z drugim, to je čisto odvisno od osebnega interesa, vsaka stvar oziroma nabava droge zaradi zadovoljevanja svojih lastnih potreb je nekje že v sami osnovi orientirana, da ti predvsem zadovoljiš to svojo potrebo, to nujnost, da se zadeneš. Šele potem so na vrsti prijatelji, kolegialnost, ali pa dovoljevanje potreb drugega. Oziroma, po drugi strani je zelo pogosto zadovoljevanje potreb partnerja. Recimo, če sta fant in dekle na igli, nastanejo potem sčasoma kreši, nezaupanje, ali pa, kako bi rekel, da lahko pride do tega, da si ne delita več tega vsega fifti-fifti, ampak da eden drugega okrog prenašata za zadovoljevanje svojih potreb, in tu prav zaradi tega nastopi ta moment, ko ljudje morajo ravnati do kolega, do prijatelja ali, bi lahko rekel, že bivšega normalnega prijatelja, do bivšega kolega. Odnos postane zelo kompetitiven, se pravi, gre za konkurenco, nastane nekorekten odnos. No, to pomeni, da sama situacija naprej lahko pripelje tudi do nasilja.
>
> Prijateljski odnos konkurence se razvije v odnos do konkurence, recimo, ni več prijateljev, so kolegi ali pa akterji v biznisu. Scena s heroinom se hitro, iz dneva v dan, spreminja, en način nabave ne more trajati dolgo časa. Heroin se pojavi pa gre, kakih teden, štirinajst dni, mesec, kaj takega. Vedno obstajajo dve, tri, štiri, pet poti za nabavo, oziroma, vedno je tako, da vedno drugi posamezniki na nek način obvladajo dovp (*dope*, droga), oziroma, pride do njega in ga pol nekje temu krogu kolegov naprej prodajajo oziroma dajejo, odvisno od odnosa. V glavnem se ta scena tako spreminja, ni več tega, da bi prav posebej dva ali pa ena skupina skupaj držala, ampak se vsak posameznik zna potem že zelo fleksibilno prilagajati situaciji oziroma se čim bolj približati tistemu, ki je najcenejši, najbolj kvalitetnemu ali kateremu koli viru nabave droge. In tukaj je vedno tako, da nastane zaradi tega momenta, kao, jaz grem tebi po dovp, ti boš meni odstopil šut, tukaj vedno zaradi takih odnosov nastane zamera ali pa nekje takšen odnos, ki ni več normalen.

Hitrost delovanja pa tudi razvije posebni odnos solidarnosti, še zlasti v krizi:

> Vsak se skuša čimbolj otresti takšnih problemov, skrbi za druge, prav zaradi tega, ker mora vedno za sebe skrbeti, ampak vseeno še nekje obstaja v okviru možnosti odnos, da ljudje eden drugemu pomagajo. Namreč, ker

se zelo pogosto lahko zgodi, da se ta odnos med dvema, ki v taki situaciji nastopata, zelo hitro obrne tako, da je naenkrat tisti, ki zdaj potrebuje pomoč, na drugi strani, da je ravno nasprotno, da je njegov kolega tisti, ki išče pomoč, in tako da [je] nekje dobro balansirat v teh odnosih, da se nobenemu ne zameriš, oziroma, da zamere čimprej pozabiš. V glavnem, ljudje morajo biti počasi že kar brezosebni, oziroma, zaradi cele situacije morajo pozabljat na dolgove, pozabljat na obljube, v glavnem tudi nekorektno ravnat. Recimo, kar je danes aktualno, bo jutri že zelo, zelo oddaljeno. Na primer dolg: nekdo je danes nekomu posodil šut ali pa denar za šut, in mu je tisti ne vem kako obljubil, da mu bo naslednji dan vrnil. Ampak ta stvar je za tistega, ki je dolžen, tako daleč zaradi tega, ker običajno porabi ogromno časa, napora, da si zadovolji tisto potrebo današnjega dne. Tako da mislim, da zelo težko, da mu še ostane čas in denar, da bi lahko včerajšnji dolg vrnil. In tukaj, s teh odnosov, ker je vsak dan treba nekako zadovoljiti te svoje potrebe, vsak dan znova nastajajo konflikti, ker se te obveznosti do kolegov niso razrešile, oziroma, so dolgovi ostali neporavnani, obljube so ostale neizpolnjene in iz tega izhajajo prepiri, ljudje se stepejo, grozijo en drugemu in včasih postane scena kar vroča, da bi lahko prišlo do česa hujšega, se pravi, do uporabe noža, pištole itd. Ampak vseeno so vsi zaenkrat še toliko pri sebi, mislim, da je tukaj pri nas scena še kolikor toliko normalna, nekako ni v veliki meri ni mreže dilerjev, ki bi obvladali situacijo, ni neke organizirane mafije, ki bi obvladala situacijo, ampak je zelo razdrobljena scena, tako da se različna droga pojavlja, različni ljudje jo prenašajo, in dokler ne bo mafijozne scene – sedaj govorim za Ljubljano [1992, op. V. F.], verjetno tudi ne bo posebnega nasilja, ampak se bo verjetno stvar dogajala med posamezniki, v kolikor, recimo, nekdo nekoga kao napizdi, da mu tisti dotični da denar in ta mu droge ne prinese, in potem se lahko stepeta ali kaj jaz vem kaj.

Dare Kocmur (Flaker 1993) opozarja:

Učinki represivne politike nimajo za posledico – kar bi morda kdo naivno pričakoval – kakršnekoli homogenizacije med džankiji, ki bi v svojem ritualnem uporništvu razvili tiste vrste neformalen konsenz, ki bi mu lahko pripisali proizvod medsebojne solidarnosti. Kolikor imamo opraviti z njihovim medsebojnim nezaupanjem, bi ga bilo treba dojeti kot logično posledico dejstva, da je na prvem mestu interesov predvsem heroin, ali, kakor v nekem svojem songu poje Lou Reed: heroin je mati, ženska [...] . Tu imamo torej »paradoks«, ko stvar sama, ki predstavlja najbolj koheziven faktor povezovanja neke marginalne skupine, hkrati predstavlja tudi razlog radikalnega razdruževanja. Nujnost preživetja, ki je povezana z imperativom, priti do ilegalne droge, tveganje, povezano z uvajanjem, s kvaliteto robe ipd., ustvari tisto prežo, ki po naravi svoje pozicije izključuje možnost tiste solidarnosti, katero navadno dojemamo s čistimi računi oz. vračanjem uslug. Seveda pa tudi ne izključujemo izjem.

In izjeme seveda so. Ali morda celo več kot le izjeme[12]:

Jasno je, da lahko abstinenčna kriza človeka prisili v kar koli – da laže, krade, vlamlja. Kljub temu, da so različni, ljudje v takšnih situacijah ravnajo podobno. Vendar bodo tisti, ki so tudi drugače zanesljivi, v abstinenčni krizi ravno tako zanesljivi. O tem smo se veliko med sabo pogovarjali in smo ugotovili, da tistim džankijem, ki jim ne moreš zaupati in so nezanesljivi, ne bi mogel zaupati, niti če ne bi bili na drogi. Nezaupanje ni povezano z narkomanijo v tem smislu, zato ta stereotip ne drži popolnoma.

Res pa je, da ga ravno zato, ker je tako razširjen, nekateri izkoristijo in se pozneje izgovarjajo nanj, češ, da so bili bolni, da niso bili prisebni itd.

Se pravi, da je skupen sovražnik, ki ga imajo džankiji, tisti dejavnik, ki jih druži. Marsikateri krog džankijev se lahko pohvali, da je med njimi zelo malo takih, ki »cinkajo«. Drugi vidik solidarnosti je izjemno dobra komunikacija in odličen pretok informacij, ki se tičejo »robe«, nabavljanja ipd.

Je pa tudi res, da je bila ena od izstopajočih značilnosti, ki smo jih opazili v druženju z uličnimi zasvojenci, da mimogrede

izrabijo priložnost, da povejo o drugem zasvojencu kaj slabega, takega, kar bi ga v naših očeh diskreditiralo. Te stvari so lahko resnične, zgolj hipotetične ali pa docela izmišljene, lahko pa tudi kombinacija vseh treh.

> Tako, na primer, sta mi na taboru v Izoli dva džankija takoj po tem, ko sem tretjemu posodil avto, zatrdila, da že davno nima izpita. Ko sem ga pozneje pobaral, kako je s tem, mi je ročno pokazal veljavno dovoljenje in mi razložil, da so mu ga dejansko vzeli pred nekaj leti, da ga pa je dobil že nazaj.
>
> Spraševal sem se, zakaj sta mi to rekla. Nista imela nobenega oprijemljivega razloga, za katerega bi vedel. Lahko sta se zmotila. Pa tudi če sta se, zakaj bi mi to govorila.

Takih dogodkov je bilo veliko, »špecanje« brez pravega razloga. Dare Kocmur (Flaker 1993: 51) pravi:

> da zaradi izrednih okoliščin ne more priti do neobremenjenih človeških stikov [...]. Refleksna reakcija, ki jim največkrat preostane, je diskvalifikacija drugega, kar ima nemalokrat tudi »pozitivno« konstitutivno vrednost v razumevanju samega sebe [...]. Na ta način bi lahko ovrednotili očrnevanje kot samorasel proizvod posledice temeljnega nezaupanja, ki sčasoma postane kontinuiran tok socialnega dogajanja.

In vendar obstaja tudi verzija razumevanja scene, ki jo je v svojem intervjuju o stigmatizaciji zabeležil Dare Božič (1990) in je nasprotna:

> Sprva ti stigmatizacija ustreza, ponosen si na to, da si drugačen in da pripadaš nekemu stilu, subkulturi. Ne misliš na to, da bi se skrival. V tej prvi fazi mnogo mladih ljudi nasede fami, da je življenje na dovpu nekaj posebnega, bolj zanimivega od vsakdanjega življenja. Hvalijo se pred dekleti in sploh pred vrstniki, za njih droga postane način uveljavitve v družbi. Na ta način hitro pritegnejo pozornost policije [...]. Zaradi tega ljudje s takšnimi motivi težje postanejo pravi narkomani. Tudi dilerji se jih izogibajo. Tudi take, ki se ustrašijo, ko jih policija dobi v svoj prijem in potem vse izblebetajo, drugi narkomani in dilerji kmalu izobčijo. Zato se mora džanki vedno praktično obnašati, ko gre za njegovo stigmo. Konec koncev si ti tisti, ki pride k človeku po dovp, zato ga ne moreš preprosto izdati, ko ti gre za nohte.

Džankizacija, ki zajema izobčenje in črni trg, je dvojno gibanje. V eno smer je razdruževalna, ko postavi ljudi drugega drugemu nasproti kot konkurenčne kupce in tekmece, po drugi pa jih druži v isti usodi in jih potiska v skupno zaroto in močno vzajemno odvisnost. To se da opaziti tudi v zvezi z nasiljem.

Bistvene značilnosti odnosov med džankiji oz. subkulture ali »scene«, ki jih ločijo od drugih skupin, lahko povzamemo z besedami instrumentalnost odnosov, fluidnost vlog in statusov in združenost v zaroti, ki je rezultat izobčenosti, stigmatiziranosti in črnega trga. V tej poenostavljeni in karikirani obliki, kajti vemo, da je življenje džankijev vseeno bolj podobno življenju ostalih, normalnih in manj normalnih ljudi, kot pa drugačno od njega, je to podoba, ki je blizu neoliberalnemu idealu trga kot regulatorja odnosov med ljudmi. V tem smislu je džankijevski stil v nekih potezah zelo podoben japijevskemi, je nekakšna njegova negativna preslikava na dimenziji uspeh-neuspeh, na dimenziji realno-imaginarno pa bolj realna. Kajti če sta oba stila v svojih ciljih hedonistična, gre pri japijih za navidezen imaginaren užitek, simulacijo tistega, kar kot užitek ponujajo reklame, kar je »*in*«, pri džankijih pa za realen fiziološki proces. Resničnost, ki ju loči, je tudi stigma, ki je v primeru džankijev dominantna in usodna.

INSTITUCIJE

In vendar obstajajo regulativi, ki s tem trgom interferirajo, ga podpirajo, tako da so z njim v medsebojni odvisnosti, in ga na svoj način omejujejo. To so razne ustanove, ki se ukvarjajo s problemom mamil. Na tem mestu nas zanimajo zlasti iz perspektive kariere džankija in njegovega doživljanja ter kako sodelujejo pri ustvarjanju njegove vloge.

V že večkrat citirani Stephensovi študiji je ta vpliv zanemarjen, več opisov delovanja strokovnih in tudi državnih ustanov na vlogo džankija najdemo v angleški etnografski literaturi. V svoji raziskavi (Flaker 1993) smo odkrili, da ima stik s tovrstnimi ustanovami diskriminativno vrednost, in sicer, da med zasvojenimi uživalci razlikuje tiste, ki so džankizirani, in tiste, ki niso. Med slednjimi smo tudi našli dve manjši skupini, in sicer eno, ki je poleg obravnave policije (in socialnega dela) v manjši meri deležna medicinske (psihiatrične) obravnave, in drugo, ki je je deležna v večji meri. Če je šlo v prvi skupini za džankije s starejšim stažem in bogatejšo kariero, je šlo v drugi skupini za džankije, ki so bili v procesu kariere večkrat predmet nasilja, lahko bi rekli za marginalizirane in viktimizirane džankije. Skratka, naši podatki kažejo, da ustanove pripomorejo oz. sodelujejo pri ustvarjanju vloge džankija. Vprašanje, na katerega je treba odgovoriti, je: »*Kako?*«.

Odgovor bi lahko našli na najmanj treh ravneh delovanja ustanov: v njihovem sodelovanju pri *ustvarjanju javnega mnenja*, v institucionalnih odločitvah, ki uravnavajo *usodo uživalcev*, in v neposredni komunikaciji z uživalci, kjer kot podzvrst pomembnih drugih vplivajo na *uživalčevo podobo samega sebe*. Jasno je, da so vse tri ravni tesno povezane, tako da stereotipi, ki jih imajo o uživalcih strokovnjaki, vplivajo na njihove odločitve in podobo, ki jo posredujejo v neposrednih stikih z uživalci. Malo manj jasno je, kako slednji dve ravni vplivata na prvo. Položaj strokovnjaka v institucionalni mreži bo vsekakor vplival na njegovo zaznavo in torej tudi na njegovo soudeležbo pri ustvarjanju stereotipov. Ravno tako bo vplival na to, kakšno interakcijo bo imel z uživalcem, in ta interakcija nazaj na njegove odločitve in soudeležbo pri stereotipiziranju.

PONIŽEVANJE

Poniževanje in občutek ponižanosti, sramu in ničvrednosti je gotovo del ustvarjanja manjvredne družbene vloge džankija (glej tudi Garfinkel 1956). Prav tu ima institucionalni sektor v primerjavi z neformalnim levji delež pri konstituiranju vloge džankija. Če smo prej omenili, da dobi džanki od vrstnikov v subkulturi spodbude in okrepitve ter da je za svojo dejavnost nagrajen in cenjen, mu dajo institucionalne ceremonije poniževanja nedvoumno vedeti, da je njegova vloga manjvredna in družbeno nezaželena.

Ena izmed pogostih zgodb, ki jih džankiji posredujejo zainteresiranemu poslušalcu, je, kako so bili v stikih z različnimi ustanovami ponižani oz. oropani dostojanstva, ki ga naj bi bili deležni kot človeška bitja. Ena od taktik poniževanja je uporaba *fizične sile*:

> Enkrat so nas v eni kleti našli in smo se štirje zmenili, kao, da ne bomo priznali; ostali so zblebetali vse v 5 minutah, mene pa so pol ure zbijal k konja. V bistvu je mel tip prav, ne; sem imel pa singerce po rokah, totalno.
>
> [...] Grožnje in izsiljevanje in vse. Ko so videl pač, da to ne pali pri meni [...], so me za tri dni — takrat so za 72 ur zapirali — kot jim je pasalo.

Zanimivost te izjave je, da je žrtev priznala legitimnost nasilja, kajti »singerce« so bile znak, da je sum upravičen in s tem tudi uporaba fizične sile.

Vtis je, da je v zadnjem času odnos policije do džankijev korektnejši, da je manj pretepanja in da so metode bolj intelektualne:

> [...] ljudje so se spremenili, pa ker so bolj pametni, bolj so izšolani. Drugače pa je čisto isti sistem: zasliševanje, lepo — gre on ven, drug pride in ti zateži, če zgobcaš, je v redu, če ne — batine, pa spet drugi na lep način, in tako naprej se to ponavlja do nezavesti.

Da bi ublažili vtis o brutalnosti policije, citiramo še izjavo sogovornika Dareta Božiča (1990):

> Mislim, da imajo policaji, tisti, ki se ukvarjajo z drogami, še najbolj korekten odnos do narkomanov. Razumejo in dobro poznajo sceno okoli uživanja. [...] V praksi strogo ločijo uživalce trdih drog od tistih, ki kadijo samo

travo, in jim (prvim) posvečajo večjo pozornost ter jih obravnavajo kot prave narkomane.

Mladi policaji imajo dober odnos do mene, ker so jim že starejši kolegi povedali o meni. Kaj delajo s tistimi, ki jih dobijo na novo, pa ne vem. S starimi džankiji ravnajo korektno, opravljajo svojo službo. Seveda pri tem uporabljajo tudi trike, taka je njihova taktika. Drugače me še niso maltretirali, imajo me za bolnika in tako tudi ravnajo z menoj.

Fizično nasilje ni izključna domena policije; ne tako pogosto, sploh pa ne metodično, se dogaja tudi v zdravniških ordinacijah in psihiatričnih klinikah. Bolj pogost obraz nasilja in poniževanja zdravniških in socialnih poklicev je psovanje in zaničevanje:

Sem prišel k zdravniku in me fuknu ven na tak način, mislim, da je tulil tam po ordinaciji, da džankije raje vidi, da crknejo, kot da bi mi napisal kaj.

Da gre za kompleksna vprašanja, kjer ni enotnega mnenja in nastopa in ki med drugim trkajo tudi na vrata medicinske etike, priča naslednji primer:

Leta nazaj sem se nekoč hotel skrizirati, vendar nisem mogel zdržati, pa sem šel v lekarno, da bi mi pomagali s kakšnim zdravilom. Bilo je ponoči in grozno slabo sem se počutil. Ko pridem tja in razložim svoje težave neki starejši magistri, mi je rekla, da ji je zelo žal, ampak da mi ne more pomagati, ker nima ključev od prave omarice. Napisala mi je pismo za nekega svojega prijatelja, zdravnika na neki kliniki. Grem tja, vendar tega zdravnika ni bilo tam, ker je bila ravno neka prometna nesreča in je moral oditi. Na kliniki je bil nek drug zdravnik J. K., kateremu pa nisem zaupal in sem raje čakal, da se vrne pravi zdravnik. Ker tega ni bilo, jaz pa sem se čedalje slabše počutil, sem pismo pokazal J. K.; ko ga je ta videl, me je pričel zmerjati in vpiti. Rekel je, da naj grem kar tja, kjer prodajajo droge, in mi grozil s policijo. Ko odidem, priteče za menoj sestra in mi da naslov nekega zdravnika, ki bi mi lahko pomagal. No, ta mi je res dal dva apavrina in sem si vsaj toliko opomogel, da sem lahko šel domov. Tisti J. K. je medtem poklical policijo, ki mi je domov poslala špiclja. Ta mi je natvezil, da gre kupit drogo in me povabil zraven. Nasedel sem in tako padel v policijsko zasedo.

Ali pa je poniževanje povezano z domnevno kužnostjo:

Neki zdravnik B. z infekcijske klinike ni vedel, da sem na drogi. Ko je zvedel, mi je začel groziti s policijo, me zmerjal in podobno. Dobesedno je rekel: »S takimi, kot si ti, se pogovarjam samo z razdalje desetih metrov, in to z negativnim potrdilom o aidsu, ki ni starejše od enega meseca.«

In še ta:

Nekoč sem šel s P., ki je tudi džanki, na kliniko, da bi mu odstranili tumor na roki. Kljub temu, da je imel napotnico, ga dežurni kirurg ni hotel operirati brez novega potrdila o aidsu. P. je imel potrdilo, vendar staro eno leto, in zdravnik ni hotel popustiti. Šele, ko so začele padati grožnje in je bilo že zelo napeto, je operiral. Seveda je bil popolnoma zaščiten pred vsakršno okužbo in bi lahko operiral brez tveganja, še posebej, ker je šlo za majhno rutinsko operacijo.

Tukaj se je stigma džankija združila s (potencialno) stigmo okuženosti s HIV, kar je dalo rezultat izločitve (10 m razdalje). Biti zunaj je pogoj za učinkovito ponižanje. Ponižanje ima tudi zvezo z izničenjem:

Tako, ko smo se peljali enkrat v hrošču, sta se kar spredaj pogovarjala: »Tega bi bilo najboljš zapret čez poletje,« pa pravi drugi: »Ah, kaj čmo ga zapirat, škoda hrane, kar ubijmo ga.«

Seveda to ni bil namen spremljevalcev v uniformah, vendar metaforično kaže na status džankija in odnos do njega.

Socialni delavci imajo, kar se tega tiče, manj zahteven položaj in tudi manj vzvodov fizičnega in tudi drugega poniževanja. Pa vendar njihov arzenal ni brez municije:

Spet so me na hitro odslovili. Čao! So rekli: »Šol nimaš,« ker imam samo osemletko končano. Sem rekel, da bi šel tudi za smetarja, pa so rekli, če se zajebavam; takrat sem resno mislil. Zvečer mi paše, itak ne morem spati, sem rekel: »Dej me za smetarja,« pa so rekli: »Tudi za smetarja nisi dober.«

Posebna oblika poniževanja je razgaljanje. Eden izmed okvirov razgaljanja so telesne in v ekstremu rektalne preiskave, ki jih izvaja policija.

Tako se je pred vrati Stigme zgodilo, da je policija ustavila eno izmed strank in opravila telesni pregled na mestu, se pravi v veži, ki je bolj prehod na dvorišče in je vse dogajanje mimoidočim na dlani. Fant se je moral sleči do nogavic.[13]

Stewart Tam (1987) zatrjuje, da so ti postopki policije zgolj ritualne narave, saj večina izkušenih uživalcev nosi heroin tako, da ga lahko v nevarnosti odvrže, ne pa kje globoko pod obleko. Tam opozarja, da se podobni rituali razgaljanja odvijajo tudi pod krinko medicinske, psihološke ali socialne znanosti. Diagnostični postopki, še zlasti pa terapevtski, gredo precej pod kožo, so neprijetni, in še posebej, če so skupinski, pomenijo vdor v človekovo zasebnost. Ker se tukaj nimamo namena spuščati v dileme in protislovja psihoterapije in socialnega dela, naj opozorimo, da je glede na to, da džankiji velikokrat ne pridejo k zdravniku ali socialnemu delavcu na psihoterapijo, učinek tovrstne situacije »tragedija zmešnjav«. O tem spregovorimo še pozneje, ko bomo govorili o vlogi bolnika.

Opisovali smo poniževanje, ki so ga uživalci heroina deležni v stikih z raznimi ustanovami, a s tem nočemo reči, da džankiji niso deležni poniževalnih reakcij neformalnega okolja. Tudi v »civilni« javnosti so deležni od »postrani gledanja« do moralnih obsodb in dejanskega preganjanja. Tako na primer v gostilnah:

[...] recimo tle v Mraka prideš, te že na vratih ven fuknejo, prideš v Plečnika, te čudno gledajo, prideš v Škuca, te pogleda v oči. Ampak [...] nimajo blagega pojma, razumeš. Sem prišel s takimi buckami noter, me pogleda, pa pravi »Ti si pa v redu!!«, pride Matjaž noter, čisto pri sebi skorej: »Ti si pa džanki, marš ven!«

Stigma je kljub protestom sprejeta in ponotranjena, in vendar išče svoj prostor:

Jah, ne vem, saj po eni strani imajo prav [...]. Recimo, sej ne moreš ti kar prit v oštarijo, naročit pir, ene dve uri odkinkat, it v sekret, se ga zadet, si naročit še eno pivo, pa spet kinkat. To je čist normalno, da ne. Samo ne vem, zakaj ni enega takega lokala, kjer bi se to dogajal notri.

Na srečo v našem okolju še ni prišlo do samoorganiziranih občanskih straž ali vigiljantov (prim. Stewart 1987: 127), ki bi na svojo pest delile pravico in na ta način izražale gnev, ki ga med »ljudstvom« generira medijska kampanja v *vojni proti drogam*. Čeprav nizek status in stigma omogočata reakcije, ki bi bile v sozvočju s poniževalnimi akcijami ustanov, ki jih obravnavajo, pa vendar nimajo iste stopnje usodnosti kot institucionalne akcije. In čeprav gre v marsikaterem od naštetih primerov za zlorabo oblasti ali za kaprico, če že ne izpad posameznega strokovnjaka, je tisti bistveni presežek, ki ga ima poniževanje strokovnjaka, v tem, da ima njegova akcija avro skrbi za splošno dobro in obrambe nadosebnih vrednot, ki jih akcije občanov, ki tulijo v isti rog, nimajo. In čeprav se bo angleški džanki raje predal policiji, kot da bi prišel v roke neobrzdanim vigiljantom, bo seveda v smislu njegove kariere pogubnejše srečanje s policijo, še zlasti, če še ni povsem zaznamovan.

MORALIZIRANJE

Vse prekoračitve pooblastil, dodajanja soka sicer pustemu birokratskemu delu, imajo moralističen alibi. Tako moraliziranje se je pojavilo tudi ob očitnem političnem dejanju, kot je kajenje džointa v znak protesta:

[...] sta prišla dva policaja in sta rekla: »Pa kak si to lahko nardil tak javno, vpričo ljudi,

kak si lahko šel eno tako stvar nardit, ne, kaj bodo pa zdaj tile mladi, veš, tile mladi bodo zdaj sigurno nekje ogroženi zaradi tega, jih bo ne vem koliko začelo uživat droge?!«

BARANTANJE Z IDENTITETO[14]

Tudi če se džanki ne počuti krivega, mu lahko izpričan občutek krivde koristi ob različnih priložnostih barantanja z identiteto. Namreč ob stereotipu, da gre pri kaznivih dejanjih, povezanih z drogo, za kriminalca, ki razpečuje drogo, in žrtev, tistega, ki jo uživa, oz. za delitev na džankije in dilerje, o kateri smo videli, da ni v celoti upravičena, saj se džankiji večinoma pojavljajo v obeh vlogah, bo džanki, ki so ga zasačili, raje priznal, da je džanki, kot pa diler. Podobno se da barantati tudi pri zdravniku. Stari džankiji se namreč pogosto pritožujejo, da pridejo ljudje, ki so razmeroma malo časa na sceni in se predstavijo zdravnikom kot zasvojeni, da bi prišli do metadona.

Enostavno sta zdravnico nafukala, da jima je napisala tako preveliko dozo, brez vsakih potrdil od psihiatra, brez potrdila, da se je kje zdravil.

Ne glede na to, koliko je predstavljanje lažno ali ne, pa gre tu za prevzemanje neke vloge, s katero v določeni situaciji nekdo nekaj pridobi.

VIDNOST

Je takšen tip, da se noče prikazat, da je džanki, ona ni bila prej džankica, vsi vejo. Več ali manj sta doma.

Stigma uživalca ali celo zasvojenca je za navaden pogled precej neopazna in je ni težko prikriti. Stereotip džankija je sicer podoba dolgolasega, v strgan džins oblečenega in zanemarjenega, telesno zdelanega človeka, vendar se precej uživalcev razlikuje od tega stereotipa.[15] O tem priča tudi npr. začudenje prostovoljk pri projektu zamenjave igel; veliko strank jih preseneti s svojim videzom. Brazgotine, ki jih pušča intravenozno uživanje, je precej lahko skriti pod primerno obleko.

Dosti pomembnejša je socialna vidnost, ko uživalec dobi socialno identiteto džankija. Ko se to zgodi v ožjem krogu sorodstva ali partnerskih odnosov, je lahko dramatično ali tudi tragično, ni pa v smislu socialne identitete usodno. Kljub temu zasvojenci raje svoje vedenje zakrijejo:

S punco sem se dobival ponoč, ko ni vidla. In če si dal lih uno dozo, k si cool, potem pa ne opazi, se lahko z njo pogovarjaš, ne opazi, vse bo štimalo [...] Imam prijatelja, ki ima tudi punco, tud on je na heroinu, si da takšno dozo, ki je tolko močna, da ne bo kinkal, spal zraven, in ne opazi, se bo pogovarjal, ona tega sploh ne opazi, ker ni poučena o tem, kako zgleda človek na heroinu.

Kot smo že omenili, gre tu le za izogibanje prepirom, saj če se sorodnik ali prijatelj(ica) ne obrne na policijo ali kakšnega strokovnjaka, zadeva ostane v ožjem krogu. Deloma tudi zaradi tega, ker je stigma nalezljiva in se tudi ostali (upravičeno) bojijo, da bi jih vidnost diskreditirala. Do bistvenega preloma pride ob aretaciji in še bolj ob obsodbi, takrat stigme ni več mogoče skrivati pred širšim krogom znancev, sodelavcev, sosedov itn. Kar se je leta šušljalo in sumilo, postane socialno dejstvo. Od takrat naprej se lahko stigmo skriva le v naključnih in bežnih odnosih.

Ko se razve, da si narkoman, recimo takrat, ko imaš opravka s policijo, izgubiš veliko prijateljev. Jaz sem jih izgubil veliko, vendar sem sprva to pripisoval pač temu, da sem izgubil zanimanje za njih. Danes vem, da so me izobčili, ko so izvedeli, da sem na dovpu. To ni taka stvar, da bi ti že na čelu pisalo, kdo si. Še tisti, ki te zelo dobro poznajo, tega ne vejo. Če se razve, se zato, ker imaš opravka s kriminalom in nato s policijo. Ko si v zaporu, se hitro zve, kako in zakaj si prišel tja.

VLOGA KRIMINALCA

S tem se na družbeno berljivi ravni ustvari vloga kriminalca, ki se je lahko uživalec boji in jo anticipira že od samega začetka uživanja heroina ali še prej. Od vloge klasičnega kriminalca ga loči »iracionalnost« njegovega vzgiba, saj je njegovo kaznivo dejanje samo sebi namen, ne pa sredstvo za dosego nekih drugih ciljev; hkrati gre pri uživanju mamil za zločin brez žrtve, kar je še bolj nenavadno. Zato se džankija drži (tudi v očeh policije) avra nenavadnega kriminalca, včasih tudi ne povsem kriminalca, in čeprav je lahko vpleten v klasični kriminal, je dobiček namenjen njegovi strasti. Praktično pa to pomeni več stvari: kot smo videli, drugačen in, lahko bi rekli, bolj poudarjen moralni alibi pri denunciaciji uživalcev, občutek nemoči policije in represivnega dela države nasploh, kar pomeni po eni strani uporabo ilegalnih metod pri raziskovanju zločinov brez žrtve, ali pa njihovo legalizacijo v primerih, povezanih z mamili, po drugi strani pa tudi frustracijo samih agentov represije (policije, sodišča itn.), hkrati pa tudi lahko pomeni bolj strpen odnos do zasvojencev kot bolnikov.

VLOGA BOLNIKA

> [...] strah sem dal že skozi, sem bil že na policiji vpisan. Mi ne bo škodovalo, če sem še v zdravstvu, kvečjemu pomagalo. Ker tako sem [se] imel možnost zdravit, ker če bi to skrival in zanikal, bi mogoče bil danes še džanki.

Ta citat iz intervjuja s Silvijem na kratko in jedrnato, a zelo ustrezno osvetli dinamiko prevzemanja vloge bolnika. Podobno kot trdi Parsons (1951) za duševno bolezen, tudi džankiju ta status pomaga nevtralizirati stališče o deviantnosti oz. moralni izprijenosti njegove nravi. Vloga bolnika (po Parsonsu) omogoča oprostitev od nekaterih dolžnosti in obveznosti, osvobaja odgovornosti za svoje stanje; zaradi tega pa nima vseh pravic, je potreben pomoči in postane pacient. To zadnje pomeni tudi pripoznanje svojega stanja in nekaj sodelovanja z zdravnikom. Po Parsonsu prevzemanje take vloge pomeni seveda določeno harmonizacijo med deviantom in družbo in poleg neposrednih nagrad, ki mu jih omogoča status bolnika, ima bolnik tudi vsaj potencialno možnost, da ozdravi ali da se mu stanje izboljša, in se tako vrne med normalne občane.

Med vlogo džankija in vlogo bolnika obstajajo seveda določena protislovja in napetosti. Predvsem morata bolnik in zdravnik vložiti precej truda, da sebi in drugim dokažeta, da za bolezen ni odgovoren pacient, ampak da »se mu je to zgodilo«, kajti nekje v osebni zgodovini pacienta je bil trenutek (in najbrž ne samo eden), ko se je odločal. Tukaj se ne nameravamo spuščati v diskusijo, ali je odvisnost, ki jo tu imenujemo zasvojenost, bolezen ali kaj drugega[16], pač pa opozoriti, da te okoliščine od akterjev zahtevajo napor za vzdrževanje take vloge.

Drug problem, ki ga imajo igralci scenarija bolezni, smo omenili z imenom tragedija zmešnjav. Da bi namreč oba, pacient in zdravnik, uspešno odigrala svoji vlogi, morata imeti skupno delovno definicijo bolezni oz. težav. Tu pa pogosto pride do nesporazumov. Zdravnika[17] ima pogosto tendenco, da vse pacientove težave zvede na problem zasvojenosti, čeprav morda niso. Drug problem je s tem povezan: če je zasvojenost bolezen, je ozdravitev abstinenca. Se pravi, za zdravnika je abstinenca imperativ, čeprav se pacient za to morda (še) ni odločil. Tako dobi zdravnik vtis, da džanki manipulira, češ, samo izkorišča vlogo, ne izpolnjuje pa zahtev, da bi sodeloval pri zdravljenju. To napetost lahko sicer ublaži z manevrom, ki definira kot del zdravljenja tudi prepričevanje in podpiranje odločitve za abstiniranje, kljub temu pa se je ob recidivu, ki se kaže kot odločitev pacienta, težko vzdržati občutka prevaranosti in izdaje. Pri pacientu pa je imperativ abstinence dostikrat opažen kot izsiljevanje in pogojevanje pomoči ali prisiljevanje v nekaj, za kar še ni pripravljen.

Seveda te napetosti hodijo navzkriž tudi z vlogo zdravnika in psihoterapevta, saj njuna podpora (zaradi moralnih ozirov) pacientu ne more biti nedeljena, njegova drža pa dopuščajoča, in občutek manipulirano-

sti pri njiju dostikrat zbudi čustva, ki niso v skladu z likom nadosebne in neprizadete strokovne angažiranosti.

Vloga bolnika ima tudi to dobro stran, da stanje objektivira tudi za akterja samega. Če je bil v vlogi kriminalca džanki predmet družbene reakcije in obsodbe, je kot bolnik predmet (tudi) svoje dejavnosti. Lahko naredi razcep med subjektom in boleznijo in se loti zdravljenja. Na ta način stigma postane bolj znosna. Vendar se lahko vprašamo, ali je zatekanje v vlogo bolnika le izbira manjšega zla in ali le napravi prekvalifikacijo iz ene stigme v drugo bolj znosno, ali pa je tudi pot, ki pelje k normalizaciji življenja in izhodu iz vloge džankija.

Kakorkoli že, to ni pot, ki bi si jo izbrali vsi. V enem izmed intervjujev je Silvio omenil privatnika, ki ima dosti denarja za vzdrževanje svoje zasvojenosti. O njem pravi, da

> ne bi bil rad kje vpisan, ne bi se rad zdravil, ker bi bil vpisan pri zdravniku. Potem bi imel manj keša.

Podobno velja tudi za večino zasvojenih, ki še niso toliko izgubili, da bi se jim zdelo, da bi jim vloga bolnika prinesla izboljšave:

> [...] vsi se bojijo, da bodo nekje vpisani, da bodo izločeni iz družbe zato, ker so enkrat bili džankiji.

Deloma je tako zato, ker je načelo zaupnosti v naših zdravstvenih in socialnih službah zgolj črka na papirju, deloma pa zato, ker je tudi samo izpolnjevanje vloge stigmatizirajoče. Treba je na primer vsak dan v zdravstveni dom po metadon.

Drugo, kar odvrača od vloge bolnika, je, paradoksno, odvisnost. Namreč, vloga džankija, ki mu včasih pravimo odvisnik, je razmeroma neodvisna in avtonomna, tako da je človek marsikdaj prepuščen samemu sebi in svoji iznajdljivosti, kar je na sceni vrednota. Vloga bolnika pa je odvisna. Te težave se dostikrat pokažejo pri delu socialnih delavcev, ki ponujajo službe ali podporo, ki je pravi drobiž v primerjavi z vsotami, ki so šle skoz džankijeve roke.

Velikokrat džanki v vlogi bolnika ohrani distanco do te vloge, podobno kot srčni bolniki, ki se ukvarjajo športom ali ne opustijo kajenja. Lahko se vloga bolnika uporabi kot pomožna vloga, ena izmed tistih, ki so na razpolago v džankijevem arzenalu vlog.

Marsikdo raje izbere vlogo džankija kot pa bolnika:

> V glavnem se mi čist jebe, razumeš, ker me itak že celo življenje opravljajo, in če je še en stavek več, gor ali pa dol, mi je čisto vseeno. Odkar se spomnim, sem bil ožigosan. Ožigosan.

In vendar to obešenjaško stališče pomeni tudi sprejetje svoje vloge. Tu lahko postavimo tezo, da je lahko to dejanje – po analogiji s sprejetjem vloge bolnika in nekaterimi procesi iz psihoterapije – konstitutivno za novo identiteto. Džanki, ki sprejme stigmo, naj ne bi več bil tako zelo odvisen od vloge, ampak je to del njegovega arzenala, se pravi, orodje, s katerim lahko upravlja, namesto da bi, narobe vloga upravljala njega. Predpostavka je: če se mu ni treba več skrivati, ima več maneverskega prostora.

Za konec razglabljanja o vlogi bi rad še enkrat poudaril to, da vloga džankija, na katero je pogosto reducirano vedenje dolgotrajnega in stigmatiziranega uživalca heroina, ni edina, ampak le dominantna vloga. Stephens postreže s podatkom, da je vsaj polovica džankijev zaposlena, čeprav ne vsi redno, in nekateri so celo izjavili, da so zaposleni zato, ker jim njihovo delovno mesto omogoča izredne (legalne ali ilegalne) zaslužke.

Stephensova teza je, da je zavezanost in izpostavljenost vlogi najvažnejši prediktor, ali bo kdo postal in pozneje ostal džanki. Po drugi strani pa napor, povezan z vlogo, in njena konfliktnost peljeta ven iz vloge in v zapuščanje scene.

ZAPUŠČANJE SCENE

Po klasičnem scenariju ima džanki dva izhoda iz scene. Eden je spreobrnitev, drugi smrt. Etnografski in statistični materiali dovoljujejo tudi druge opcije. Pomembni sta dve. Ena je dozorevanje džankija, druga,

bolj prozaična, da se nekateri kratko malo odločijo, da se ne bodo vet ukvarjali s heroinom.

SPREOBRNJENJE

Investiranje javnosti v prvi dve tezi počiva na obrazcu, ki ga poznamo že iz alkoholizma: »Pijanec se spreobrne, ko se v jarek zvrne.« Kot je večkrat opozoril Bernard Stritih, ima ta rek dvojen pomen. Prvič, izpričuje vero v ireverzibilnost zasvojenosti in govori o tem, da naj bi bila zasvojenost proces, ki se konča le s smrtjo, drugič, na še bolj metaforični ravni, kaie na možnost spreobrnitve, ko zasvojeni pride do dna svoje iztirjenosti, ko spozna, da je izgubil vse, da je zlorabil ljubezen bližnjih, skratka, da je grešnik, in ko v temo posveti luč. Za to podobo zasvojenosti je značilna konkavna parabola, kjer gre vse navzdol, dokler se zasvojenec ne zave, ko trešči ob dno. Tam ga taka trdo delo poti navzgor in odrešenja. Ponavadi je še dobi misionarsko vlogo razsvetlitve in pomoči drugim. Na tem obrazcu temelji vetina dela samopomočnih skupin tipa AA, ki so tudi konkretno zgodovinsko utemeljene na religioznih izhodiščih. Gotovo ni naključje, da je večina terapevtskih skupnosti pod okriljem cerkve. Pa tudi, kadar niso, gre vprincipu za verski obrazec. Gradiva o tem je veliko, tako da ga tukaj ne nameravamo reproducirati, kot se tudi ne lotevati kritike črnobele slike, ki jo o zasvojenosti ponuja paradigma spreobrnjenja.

SMRT

Smrt ni le izhod iz scene, ampak je lik, ki je venomer na sceni. Zato bi morali o njej pravzaprav spregovoriti že v prejšnjem poglavju. Smrt džankija je povezana zlasti s fenomenom overdovza (overdose, prevelik odmerek). To je tista neposredna nevarnost, s katero se džanki dnevno srečuje. Moramo pa razlikovati, še zlasti v okviru govora o zapuščanju scene, med dvema vrstama overdovza. Med tistimi, ki so nezgode, in tistimi, ki so pravzaprav samomori. Prvi imajo analogen status kot vse nezgode, ki se pojavijo v nevarnih zvrsteh rekreacije (npr. alpinizem, zmajarstvo ipd.), ki jih pat uživalci vzamejo v zakup kot del tveganja, ki ga prevzamejo, ko se lotijo določene dejavnosti. To postane del skupinske folklore. Zanimivo je, da v svojem neposrednem dejstvu soočanje s smrtjo pri ovedovzih, ki se niso iztekli fatalno, ni toliko travmatično v smislu zavedanja stika s smrtjo; ko se namreč človek zbudi, je še vedno »zadet«, pod vplivom doze, ki si jo je dal.

Nekateri ovedovzi pa imajo tudi to terminalno poslanstvo. Seveda je v nekaterih primerih težko ugotoviti, v kolikšni meri je bil ovedovz nezgoda in v kolikšni nameravano dejanje. Tako se dostikrat zgodi, da se pripadniki scene po ovedovzu lotijo tega, čemur suicidologi rečejo psihološka avtopsija, se pravi, tehtajo vzroke, ki bi jih kdo utegnil imeti za zapuščanje scene in življenja, rekonstruirajo dogodke ipd. Tisti, ki preiivijo, nam lahko povejo več:

> [...] sem bil bolj v depresiji, nima več smisla živet. Ker v bistvu, kar delam, kar se tam matram v tovarni, gre za samo za heroin. Potem, ene parkrat, sem si dal ovedovz. Pri zadnjem ovedovzu je bila precej psihiatrična bolnišnica kriva. Sem Sel v bolnišnico zaradi depresivnega stanja, s poskusom samomora. Sem bil gori in sem videl, Ce se ne bom obnašal dobro in Ce ne bom govoril, da se dobro počutim, da grem že lahko domov, da bom ostal še kakšen mesec, in bit tam kot v eni kletki se mi ni dalo. Sem se poi-util kot v zaporu. Sem tudi precej pesmi tam pisal. Ko sem zaprt ali kaj takšnega, pišem pesmi ponavadi, sem tudi en par pesmi gor spesnil. Drug dan, ko sem domov prišel, sem si dal ovedovz, en gram skuhal. Je bil pa vredu heroin. So pravli, da si ga daš malo, in da je vredu. Najdla me je ena prijateljica. Za mizo in smo pili, sem šel navece, me ni bilo dvajset minut, je prišla ena punca, me je najdla na tleh, ni sol več pomagala nič, v zdravstveni dom, peljali v bolnišnico, kjer sem se drugi dan zbudil.
>
> V bolnišnici sem padel Se v večje depresivno stanje, kot sem bil prej. Mi je bilo vsega dovolj, in vseh teh zdravljen, kar sem jih dal skozi, mi je bilo dovolj. Boljše umret kot živet, in sem si ga dal.

Iz depresije sem se ven spravil tako, da sem se spet začel fiksat. Potem sem šel spet k doktorju Kreku.

Kot vidimo, je bila vloga džankija že preveč mučna in neznosna. In ovedovz je en izmed možnih izhodov. Manj je drugih (v tem primeru dr. Krek), bolj verjeten je ta. V tem smislu lahko sklepamo, da institucionalno nasilje pelje v večjo morbidnost.

[...] precej mojih kolegov, ki smo se skupaj fiksali tam nekje na začetku 70-ih pa vsa 70-eta leta, pa recimo začetek 80-ih, je že pokojnih, večinoma so umrli zaradi overdovza. [...] dva moja frenda sta ovedovzirala od heptanona in morfija [...] konec poletja je zmanjkalo opija, je bilo nemogoče dobiti opij iz maka [...] ljudje so si sami nabirali mak v Prekmurju in pridelovali opij, ampak ta sezona je bila mimo, po drugi strani pa tudi tega makedonskega opija je zmanjkalo [...] so bila taka krizna obdobja. Droga je bila par dni, par dni pa je ni bilo itd. Seveda so nastajale take vroče situacije, ljudje so se odločali, da so hodili v bolnišnice in tam kradli na raznih oddelkih ampule morfija, opijevo tinkturo, heptanon in vse mogoče, v glavnem, kar bi jim lahko pomagalo, da bi to abstinenčno krizo preboleli. Potem so bili prisiljeni, da so se znašli, tudi s ponarejanjem receptov, in nabavljali potem droge, po drugi strani pa so se ukvarjali tudi z vlamljanjem v lekarne oziroma v kakšne druge znanstvene ustanove in prav tukaj hočem opisat, da sta dva moja frenda prav v času te krize konec poletja vlomila v lekarno in zarad tega, ker je bila tista situacija zelo vroča, tudi zaradi policije, ki je zelo pritiskala v tistem mescu dni na džankije, da sta tipa se odločila za vlom in se potem zadet, vedla pa sta, da jih bo zelo verjetno policija dobila [...] je bil tip že zelo, zelo obupan in je bil zelo, zelo prestrašen in se je bal tega policaja M., ki je bil šef za droge, in najbolj pa se je bal, da bi ostal brez droge, v abstinenčni krizi. To je bil tudi delno razlog, da sta ovedovzirala. Se pravi, pritisk s strani policije in po drugi strani pa nesposobnost vzdržati brez droge, in v glavnem sta tako končala. Lahko bi rekel, da na primer v času, ko je v Mariboru delal na oddelku za droge, oziroma, vodil oddelek taisti inšpektor, je večina teh ljudi umrla. Prej ali pa pozneje, ko je bil nekdo drug, ni bilo toliko smrtnih primerov, in to se mi zdi zelo pomembno, da se je treba nekje zelo zavedat, da lahko določen policaj oziroma določena policijska ekipa močno vpliva na to, kakšna bo scena; ali bo scena paranoična ali bo ta scena še normalna, ali se bodo dogajali ovedovzi, ali se bo dogajalo, da bodo ljudje med sabo agresivni, itd. Mislim, da je dosti odvisno na sami sceni od tega, na kakšen način policija ravna, in nekje po mojih izkušnjah je najboljše, da se policaji čim manj vtikajo v sceno. Takoj ko začnejo preveč pritiskat, takoj nastanejo momenti, ko ljudje lahko ravnajo zelo nepredvidljivo, lahko se zgodi ovedovz, ali pa nastane kakšna agresija ali karkoli podobnega.

No, to so bili časi, ko, recimo, je bilo nemogoče priti do heptanona, ni bilo nobenih metadonskih programov in zelo strog odnos do tudi zdravstva, edino, kar je bilo ponujeno, je bila detoksikacija oziroma zdravljenje na psihiatriji brez medikamentov, recimo takšnih, ki bi krizo olajšali. Ni čudno, da je tudi prihajalo do takšnih ovedovzov. Sicer je pa tudi res, da je bil ta folk je že bil v takih letih, blizu 25, blizu 30, in so bili na tem, da se poberejo, ali na tem, da jih ne bo več, se pravi, nekje pred odločitvijo, ali bodo vztrajali v tem lajfu džankija in v teh momentih, takih zelo napetih iz dneva v dan, ali pa da bodo popenli in ovedovzirali.

DOZOREVANJE

V šestdesetih letih se je pojavila teza, da veliko džankijev zapusti sceno v svojih tridesetih letih. Ta teza je bila še pozneje večkrat preverjana z različno uspešnostjo in končno bolj ali manj sprejeta (Stephens 1991: 98-101). Gre več ali manj za to, da človek v življenju džankija pregori, ga »stvar ne zanima več«. Tako bivši džanki, ki je zdaj na metadonu, govori o svojem znancu:

Se mi zdi glupo, da ni šel sam do doktorja, da ni zaštekal. Že petnajst let se fiksa, da bil že skrajni cajt, da bi se spustil, ustvaril družino.

Poleg možnosti srečanja z dnom, ki je pomembna za koncept spreobrnjenja, so še bolj postopne poti, da se človek izvleče. V teh primerih so pomembne vloge, ki jih ima zasvojeni na razpolago iz preteklosti. Ena izmed okoliščin v prid staremu džankiju, ki se hoče vrniti v staro življenje, je ta, da tudi napetost, ki vlada v njegovem primarnem okolju glede njegove vloge, ni več tako velika in zahteve ne tako stroge.

POVZETEK

Razprava o karieri uživalca heroina nam je omogočila dvojni zorni kot: po eni strani smo lahko tako rekoč s prostim očesom spremljali, kaj se z njim dogaja v vsakdanji stvarnosti, po drugi pa, kako doživlja svoje identitetne spremembe. Izhajali smo iz predpostavke, da je uživanje mamil predvsem socialen proces, v katerem se uživalec nauči uživati mamilo, v katerem se lahko prek prepoznanja svoje odvisnosti nauči hlepeti po mamilu in šele tako postane zasvojen, in ne nazadnje, v katerem prevzame razvrednoteno vlogo džankija in se sprijazni s svojo stigmo.

Sestavili smo tipologijo uživanja drog, kjer se tipi med seboj razlikujejo zlasti po intenziteti sprejemanja vloge uživalca in na koncu džankija. Tipologijo sestavlja šest tipov, stopenj, ki se raztezajo od neuživanja, eksperimentiranja ali naključnega uživanja, občasnega, a rednega uživanja, odvisnosti, zasvojenosti do džankija. Zadnji se od ostalih razlikuje po tem, da sta uživanje in vloga uživalca dominantni značilnosti njegovega življenjskega kroga, povezani s kriminalizacijo, socialno degradacijo in stigmatizacijo, ki jo spremlja institucionalizacija uživanja.

Ta tipologija je pripravna za zasledovanje kariere. Ugotovili smo naslednje: čeprav je tipologija zasnovana kot pot linearne progresije od neuživanja do džankijevskega stila življenja, obstajajo na vsaki stopnji možnosti izstopa iz kariere ali vrnitve na manj intenzivno stopnjo. Številke, ki so nam bile na voljo (tudi iz lastnega kvantitativnega raziskovanja), podpirajo tezo, da gre za koncentrične kroge uživanja, za katere je značilno, da se z večanjem intenzitete vloge uživalca in dejanskega uživanja manjša število pripadnikov določenega tipa uživalcev.

Čeprav je džankijev manj, pa skupaj z antagonističnim likom abstinentov na retorični ravni ta lika obvladujeta kontinuum uživanja. Opozorili smo na Thomasa De Quinceya, pralik vseh džankijev in paradigmatski vzorec kariere zasvojenosti, ki smo ga podedovali iz 19. stoletja. Da bi relativizirali to črnobelo podobo uživanja in zasvojenosti, smo poiskali tudi druge like, ki odstopajo od tega premočrtnega pojmovanja kariere.

Z uporabo ameriškega (še posebno Stephensovega), angleškega in našega etnografskega gradiva smo očrtali glavne obrise kariere džankija. Najprej smo opisali ozadje džankijev, potem prvo ponudbo in eksperimentiranje, medene mesece, spoznanje zasvojenosti in na koncu življenje džankija.

Za življenje džankija so pomembni fenomeni krize, nabava heroina in denarja, s slednjim povezan kriminal in pa »scena« – subkulturni krog uživalcev z lastnim življenjskim stilom.

Ključni moment v življenju džankija je kriza. To je točka, ki na več ravneh (od telesne do mitološke) veže človeka in motivira za življenje džankija.

Glede na visoko (in pretirano) ceno heroina sta najvažnejša opravka v življenju džankija nabava mamila in denarja zanj. Z nabavo mamila je džanki vključen v poseben svet in kulturo heroina, kjer obstajajo posebna pravila trgovanja in posebne vloge.

Ker denarja ni dovolj, so potrebni nelegalni viri dohodkov. V večini primerov so to drobne kraje in prevare, večjih hudodelstev in nasilnih zločinov je malo.

Posebnost odnosov med džankiji je, da so konkurenčni in razdruževalni (opazovali smo procese medsebojnega črnenja, nezaupanja in tudi fizičnega obračunavanja), hkrati pa solidarni (povezanost zaradi skupnega sovražnika, izredno dober pretok informacij). Fluidnost statusov in vlog in instrumentalno mentalnost smo pripisali intenzivni udeležbi na podtalnem in divjem trgu s heroinom. Od ideala tržnega uravna-

vanja človeških odnosov, ki je prapor neoliberalne revolucije, jih loči usodna povezanost njihove stigmatiziranosti.

Pomembna točka v karieri džankija so ustanove, ki jim je zaradi različnih razlogov poverjena obravnava uživalcev. Pomen teh služb ni toliko v tem, kakšne, kako močne in pogoste stike pomoči ali nemoči imajo z džankiji in ostalimi uživalci, temveč pri procesih stigmatiziranja. Te so tiste, ki dodelijo usodni znak, ki jih loči od drugih ljudi in ki naredi proces degradacije učinkovit. To naredijo s ceremonijami poniževanja, za katerega imajo moralno in formalno pooblastilo, s tem, da naredijo stigmo vidno in postavijo uživalca v položaj, ko mora sprejeti identiteto džankija.

Na tej točki lahko džanki izbira med dvema širšima vlogama. Prva je vloga kriminalca, druga vloga bolnika. Nobena od teh ni krojena po meri džankija. Pri prvi sta glavni pomanjkljivosti, da je uživanje drog zločin brez žrtve in da ni instrumentalno motiviran, pri drugi pa, da ni pasiven receptor svojih tegob ter da jih je težko vse postaviti na en in isti skupni imenovalec bolezni. To ni problem samo za džankije, temveč tudi za komplementarne vloge uslužbencev policije in zdravstva.

Napor vloge in konflikt različnih vlog pa je tudi gonilo zapuščanja »scene«. Načini zapuščanja so lahko spreobrnjenje, smrt ali pa dozorevanje.

KAJ STORITI

Večina destruktivnih posledic kariere uživalca drog — stigmatiziranost in diskriminacija, pehanje za denarjem in drogo, nasilje, kriminal in smrt, neustrezno obravnavanje — je nedvomno posledica »vojne proti drogam«, ki se je tukaj nismo posebej lotili. Naša tema *zmanjševanje škode* se posveča vprašanju, kako se izogniti »gašenju požara z bencinom«. Z drugimi besedami, če je vojna izven dometa pričujoče študije, pa se v sklepnih besedah ukvarjamo z mislimi, kako ublažiti njene posledice.

Z vidika kariere, stigmatizacije, prevzemanja vloge džankija in sodelovanja v podtalnih dejavnostih si lahko zamislimo naslednje taktike za zmanjševanje škodljivih socialnih posledic uživanja mamil:

Izogibanje kriminalizaciji. Videli smo, da je kriminalizacija uživanja eden od temeljev stigmatizacije in izgrajevanja razvrednotene identitete džankija. Da bi se temu izognili oz. to ublažili, je treba pri uživalcih čimbolj odlašati s kazenskim pregonom in širiti meje tolerance (glede npr. količine posedovanja mamila).

Preusmerjanje. Videli smo, da ima vloga bolnika svoje prednosti v smislu identitetne politike v primerjavi z vlogo kriminalca. Ker tudi ta vloga onesposablja in ima še druge negativne posledice, preusmerjanje iz represivnih v suportivne sisteme obravnavanja ne bi smelo pomeniti nadaljnje medikalizacije problema, temveč bi morale igrati pomembno vlogo tudi socialne službe, laične organizacije in organizacije uživalcev. Glede na to, da so slednje v primerjavi s policijsko-pravosodnim in zdravstvenim sektorjem šibkejše, pomeni del te taktike tudi razvijanje takih služb.

Zaščita pravic in korektnost postopkov. Obravnavne (tako policijsko-pravosodne kot zdravstveno-socialne) službe morajo zaradi izpostavljenosti in negativne javne podobe uživalcev zagotoviti korektne postopke in še toliko bolj strogo upoštevati etične imperative svoje stroke. V postopkih z uživalci to konkretno pomeni, še toliko bolj upoštevati njihove državljanske in človeške pravice. Posebno pomembno je to tudi v smislu preprečevanja moraliziranja in moralnega obsojanja uživalcev. Humanitarne organizacije in organizacije, v katere so vključeni uživalci, pa bi morale zagotavljati službe, ki bi ponujale pravno zaščito in nasvete in tako krepile pogodbeni položaj uživalcev.

Normalizacija uživanja. Uživanje mamil in uživalci so v marsičem družbeni bavbav. Glede podobe uživalca je treba iskati priložnosti, kjer se lahko uživalci pokažejo bolj realistično, bodisi javnosti bodisi ožjemu okolju. Hkrati je treba vložiti trud v razbijanje mitov, ki so povezani z mamili, uživanjem mamil in uživalci. Presenetljivo je, da teh ne opazimo samo pri nepoučeni javnosti in samo pri pomanjkljivo seznanjenih strokovnjakih, ampak tudi pri džankijih

samih. Trud, vložen v preprečevanje škodljivih socialnih posledic uživanja, bi moral biti primerljiv s tistim, ki je vložen v zdravstvene vidike terciarne prevencije.

Razredčevanje vloge džankija. Pomemben del strategije normalizacije ali tudi destigmatizacije je tudi omogočanje razkroja vloge džankija, in sicer na načine, ki omogočajo uživalcem prevzemati druge, socialno bolje vrednotene vloge. To je mogoče v okviru njihovih organizacij ali pa v dejavnostih, ki jih organizirajo mladinske, prostočasovne in druge javne organizacije, kot tudi lahko k temu pripomorejo tudi službe, ki zagotavljajo lažji pristop k zaposlovanju, stanovanju in drugim virom družbene blaginje.

Opombe

[1] Podatki, ki jih je zbral Becker (1969), kažejo, da se je število sprejemov v psihiatriji, povezano z duševnimi reakcijami na uživanje marihuane (tesnoba, panika, dezorientacija) po začetnem obdobju uživanja tega mamila v ZDA zmanjšalo na nič.

[2] Prav Lindesmithova definicija razlikuje med nereflektirano odvisnostjo (*dependency*) in uzrto zasvojenostjo (*addiction*). Tudi v slovenščini ju ne gre uporabljati kot sinonima.

[3] Definicijo je Lindesmith izvedel s pomočjo induktivne analize in velja predvsem za opiate.

[4] Za naše potrebe bomo vlogo definirali kot niz pričakovanj o ravnanja tistega, ki jo zaseda. Govorimo zlasti o pričakovanjih drugih, še zlasti pomembnih drugih, a vedno takih, kot jih v zadnji instanci razume igralec vloge. To velja še zlasti za primer zasvojenosti. Vloge so lahko nasploh bolj ali manj definirane in institucionalizirane (formalno ali neformalno), lahko so iztočnice ali pa skripti. Na podlagi vloge lahko bolj ali manj predvidimo vedenje igralca. Poleg tega so vloge bolj ali manj dominantne v igralčevem življenju.

[5] Podatki *National Household Survey on Drug Abuse: Population Estimate*, 1988 (NIDA 1989), cit. po Stephens 1991: 48.

[6] Na to kažejo podatki kvantitativnega dela naše raziskave (Flaker 1993), pa tudi podatki iz ZDA (Stephens 1991: 48) in severne Anglije (Parker 1988: 79).

[7] V diskusiji predlagal Boris Kosec.

[8] Niso zanimivi niti kot predmet nadzorovanja niti kot pripomoček za ustvarjanje družbenega ozračja proti uživanju drog. Zasvojen človek, ki normalno živi in dela, ni dober material za propagando zoper uživanje drog.

[9] Ta podatek je seveda le sogovornikova ocena, verjetno je to razmerje večje (naša ocena je 1: 10). Kakor koli že, kot podatek je ta izjava neuporabna, kot ilustracija pa nam govori o sogovornikovi oceni adiktivnosti heroina (1: 4).

[10] Ameriški podatek je 15.033 dolarjev za občasnega uživalca, 32.672 dolarjev za rednega uživalca in 55.455 dolarjev letno za tiste, ki uživajo heroin dnevno. (Johnson in sod., cit. po Stephens 1991: 89).

[11] Manj vključeni v kriminalno dejavnost kot drugi tipi, ko pa so, so predvsem v kraje, preprodajanje in igre na srečo.

[12] Citat iz intervjuja, ki ga je pred leti opravil Dare Božič (1990).

[13] Četudi se je izkazalo, da je bila preiskava v kriminalističnem smislu upravičena, saj je imel osumljenec pri sebi manjšo količino heroina, je gotovo v etičnem in pa estetskem smislu vprašljiva. Tudi projektu ni bila v korist.

[14] Za procese barantanja z identiteto in sploh instuticionalne produkcije deviantne vloge uživalca gl. Young 1971: 27-62.

[15] V časovni perspektivi gledano se džankizacija pozna tudi na zunanjem videzu. Se pravi, da je velika verjetnost, da bo kdo nazadoval s svojo zunanjo podobo glede na prejšnjo podobo, bo pa lahko glede na povprečje še vedno precej urejen.

[16] Za to diskusijo gl. Kušević 1987: 215-229.

[17] Tu uporabljamo pojem zdravnik v razširjenem pomenu besede, se pravi, da ne mislimo nujno doktorja medicine, ampak katerega koli strokovnjaka ali tudi laika, ki opravlja terapevtsko funkcijo.

Literatura

Becker, H. S. (1953), On Becoming a Marihuana User. *American Journal of Sociology, 59*: 235-242.

— (1963), *Outsiders*. New York: Free Press.

— (1969), Social Bases of Drug-induced Experiences. V: Alfred R. Lindesmisth in Anselm L. Strauss: *Social Psychology*. New York: Holt, Rinehart and Winston (156-175).

Berridge, V., G. Edwards (1987), *Opium and People: Opiate Use in Nineteenth-Century England.* New Haven, London: Yale University Press.

Božič, D. (1990), *Stigma ali kako vampirju v srce zabiti kol.* Ljubljana: Višja šola za socialno delo (diplomska naloga).

— (1992), Stigma. *Časopis za kritiko znanosti (Sub-psihiatrične študije)*, 19, 138-139: 137-157.

Flaker, V. (1988), Erving Goffman: Azili (povzetek). V: V. Flaker, M. Urek (ur.), *Hrastovški anali za leto 1987*. Ljubljana: RK ZSMS (73-137).

Flaker, V., in sod. (1993), *Droge in nasilje*. Ljubljana: Mirovni inštitut (raziskovalno poročilo).

Garfinkel, H. (1955-56), Conditions of Successful Degradation Ceremonies. *American Journal of Sociology*, 61: 420-424.

Goffman, E. (1961), *Asylums*. New York: Doubleday & Co.

Herkt, D. (1992), Writing Junky. *Junkmail,* 3, 1-2.

Joseph, H., V. P. Dole (1970), Methadone Patients on Probation and Parole. *Federal Probation*, June: 42-48.

Kušević, V. (1987), *Zloupotreba droga*. Zagreb: Grafički zavod Hrvatske.

Lindesmith, A. R. (1969), A Symbolic Interactionist View of Addiction. V: A. R. Lindesmith, A. L. Strauss, *Social Psychology*. New York: Holt, Rinehart and Winston (176-191).

Parker, H., K. Bakx, R. Newcombe (1988), *Living with Heroin: The Impact of Drugs 'Epidemic' on an English Community*. Milton Keynes: Open University Press.

Parsons, T. (1951), Illness and the Role of the Physician: A Sociological Perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 11: 452-460.

Pearson, G., M. Gilman, S. McIver (1987), *Young People and Heroin: An Examination of Heroin Use in the North of England*. Aldershot: Gower.

Senghers, W. (1989), Putting out fire with water instead of gasoline: The necessity of a clear distinction between use, addiction and džankyzation. *Newsletter of The European Movement for the Normalization of Drug Policy*, 6 (March 1989): 13-16.

Stephens, R. C. (1991), *The Street Addict Role: A Theory of Heroin Addiction.* Albany: State University of New York Press.

Tam, S. (1987), *The Heroin Users*. London: Routledge & Kegan Paul.

Young, J. (1971), The Role of the Police as Amplifiers of Deviance, Negotiators of Reality and Translators of Phantasy: Some consequences of our present system of drug control as seen in Notting Hill. V: S. Cohen (ur.), *Images of Deviance*. ** Pelican (27-62).

Zinberg, N. E. (1997). Zasvojenost, zloraba in nadzorovana uporaba droge: nekaj opredelitev, *Mreža drog*, V, 2-4: 39-56.

Dragica Fojan

DROGA KOT ARGUMENT ZA KAR KOLI

Namen pričujočega pisanja je pokazati na nekatera protislovja prevladujoče prohibicionistične razlage pojava drog.

V začetku devetdesetih let smo bili priče ponovnemu glasnemu odpiranju vprašanja drog. Droge so v razmeroma kratkem času postale tema strokovnih diskusij, medijev, političnih (na)govorov kot tudi vsakdanjih pogovorov; predmet govora desnice in levice, cerkve in države, zagovornikov zdravega načina življenja in njihovih kritikov, rasistov in borcev za človekove pravice, šolnikov in staršev ter ne nazadnje tudi številnih mladih. Posledično je tako danes problem drog hkrati argument za širjenje kompetenc represivnih organov in njihovo oženje, za zaostrovanje politike do drog in liberalizacijo, argument za spremembo šolskega sistema (za t. i. zdravo šolo), uvajanje prostočasnih dejavnosti, organiziranje izobraževanj za starše, ustanavljanje različnih društev, odborov, uradov in hkrati argument za izgon tujcev, kršenje pravic (prisilno zdravljenje ipd.), napoved vojne in gradnjo novih šolskih objektov (»Najboljša droga je žoga!«).

Pred nekaj meseci, ko smo lahko na televiziji spremljali izbor za Miss Slovenije, je ena od finalistk na vprašanje komisije, kaj je po njenem mnenju danes najbolj pereč problem mladih, brez obotavljanja odgovorila, da so to droge in alkoholizem, vendar odgovora ni znala utemeljiti; tako je vprašanje »Zakaj?«, ki je sledilo, ostalo brez odgovora, in bučen aplavz publike je le s težavo prikril zadrego, v kateri se je znašla. Ta trivialni primer priča o soglasju in samoumevnosti, znotraj katerih se zastavljanje vprašanja »Zakaj?« (ali »Za koga?«) zdi nekako drugotnega pomena. Navkljub temu, da sta vprašanji prevalence in etiologije središčni vprašanji vsake diskusije o drogah, se zdi, da ostajajo protislovja, ki se pojavljajo v odgovorih, nekako spregledana, kot da obseg in vzrok pravzaprav niti nista ključna za oblikovanje odgovora na pojav. Značilna apokaliptična metaforika, imanentna sodobni prohibicionistični retoriki drog, ki se opira na fantazmatsko predstavo grozljivega izničenja, Konca, namreč ne dopušča spraševanja, temveč zahteva hitro ukrepanje/obrambo/vojno.

Glede na protislovja, ki jih odkrijemo tako v propagandistični rabi predmeta droge kot tudi v odgovorih na vprašanje etiologije (individualna patologija, socialna deprivacija, »dehumanizirana/elektronska/računalniška ipd. družba«, svobodna izbira...) in na njih utemeljenih predlogih ukrepanja (kaznovanje, zdravljenje, legalizacija), lahko pojme, kot so droga, (tipični) toksikoman ali problem drog, definiramo kot presečne točke različnih, celo diametralno nasprotnih opisov ali kot plavajoče/nefiksirane označevalce, tj., označevalce, ki nimajo imanentnega pomena, temveč njihov pomen izhaja iz diskurza oz. simbolne mreže, v katero so vpeti. Kot »na sebi« brezpomenski pa so lahko ti pojmi argumenti za kar koli. Besedna zveza »problem drog« se nam tako pokaže kot *integralistična floskula* oz. *geslo*, z navezavo na katerega je mogoče prikazovati najrazličnejše partikularne interese (tudi najbolj skrajne rasistične) kot obče, kot interese vseh.

Diametralno nasprotno predstavo danes prevladujoči predstavi, ki jo sproža pojem droge in jo izražajo pojmi, kot so bel prah, propad, odvisnost, smrt, zasledimo tako v

zgodovinskih, antropoloških in etnoloških virih kot tudi v literarnih delih, delih kritikov prohibicionistične politike do drog in ne nazadnje v pripovedih mnogih uporabnikov drog. Nasprotja, ki izhajajo iz pregleda omenjenih virov, lahko na kratko povzamemo s pari nasprotujočih si pojmov: Sveto – Zlo; obredno sredstvo – cilj/objekt želje; tradicionalno – tuje; odvisnost – transcendenca; bolezen – mit; zdravilo – strup. Nekoč sveto obredno sredstvo, zavezano človekovi iluziji o obvladovanju sveta numinoznega, je danes numinozno samo, nerazumljiv simptom, ki postavlja pod vprašaj racionalnost celote; priča o meji diskurza, predstav, definicije subjekta, skratka, smisla.

Iz pregleda nekaterih pisanj, nastalih v obdobju 1968-1992, izhaja, da so argumenti, s katerimi se v devetdesetih poskuša pojasniti povečano zanimanje in ukrepanje v zvezi z ilegalnimi drogami, zelo podobni tistim iz zgodnjih sedemdesetih let. Podobno so namreč tudi tedaj zagovorniki prohibicionistične politike do drog navajali nenehno dviganje prevalence uporabe in nižanje starostne meje uporabnikov drog (Jakopič-Garbajs 1971; 1972; Milčinski 1973) kot ključna argumenta za mobilizacijo v boju proti drogam. Ko z vidika sedanjega stanja ocenjujemo tedanje odzive na pojav, se nam zdijo pretirani, o tem pričajo tudi teksti nekaterih avtorjev, ki se po logiki »danes gre zares« obračajo po tedanji sceni in jo primerjajo z »mnogo bolj perečo« in včasih celo »neprimerljivo« današnjo. Poglejmo si v ilustracijo nekaj navedb: »epidemiološka situacija je različna od tiste pred nekaj leti. [... O]b vsesplošnem uživanju alkohola in kajenju je v zadnjih letih prišlo do premika v zlorabi drog, niža se starost, pri kateri mladi prvič posežejo po drogah« (Tomori 1992: 92). »Na prehodu iz osemdesetih v devetdeseta je prišlo do množičnejšega uživanja trdih drog [...], ki jih uživalci vnašajo v telo najpogosteje s pomočjo igle in brizge« (Nolimal, Globočnik in drugi 1991: 161). »Danes je mladinska narkomanija predvsem znak osebnostnega in socialnega poraza posameznikov in skupin mladih« in se kot taka pomembno razlikuje od uživanja drog v šestdesetih, ko je bilo uživanje drog moč razumeti kot »določen, čeprav močno provizoričen emancipatorni korak« (Ule 1992: 42), kot tudi od uživanja drog v sedemdesetih in osemdesetih letih, ko je bilo prakso uživanja drog mogoče razumeti kot »stilski dodatek k raznim kontrakulturnim gibanjem.« (*ibid.*). »[M]islim, da je stvar danes bistveno bolj katastrofalna kot v sedemdesetih letih. [... V] tem času se je pojavila vrsta novih sintetičnih drog, nekatere droge so postale bistveno bolj nevarne in se uživajo v oblikah, ki so za posameznika nevarnejše [...], trava je postala veliko bolj nevarna zaradi bistveno večje vsebnosti psihoaktivne substance. Vedno več ljudi sega po drogi, zato mora biti tudi strategija do nje drugačna od tiste v sedemdesetih« (Kastelic 1992: 179).

Iz razpoložljivih pisanj, nastalih v šestdesetih in sedemdesetih letih, je mogoče razbrati, da je bila logika »danes gre zares« prisotna že tedaj, kar se kaže med drugim v opisih razlik med t. i. tipičnim toksikomanom in novo obliko toksikomanije, ali točneje, novim tipom toksikomana.

In prav sprememba slike »tipičnega uživalca«, ki jo omenjajo različni avtorji (Antonijevič in drugi 1970; Jakopič-Garbajs 1971; 1972; Milčinski 1973), je bila najpogostejši argument za nujnost ukrepanja. »[P]oprej so se kazale narkomanije sporadično – sedaj epidemično; osebe so sedaj mlajše – najpogosteje adolescenti; narkomani ne ostajajo pri enem sredstvu, temveč jih zaporedoma ali hkrati po več kombinirajo; kot nova snov se pojavljajo halucinogeni; kot nov tip aplikacije – intravenozno injiciranje« (Milčinski 1979). »Danes je to epidemičen pojav, ki sega že preko meja adolescence nazaj v pubertetno obdobje« (Milčinski 1973a: 483). »Narkomanije so se tudi pri nas spremenile in obsegajo vse mlajše letnike« (Hudolin 1973: 111). »To, kar pritiska pod nazivom 'narkomanije' na nas nekako dve leti sem, zahodne dežele pa teži že več kot deset let, se bistveno razlikuje od prej orisanih zvrsti toksikomanij« (Antonijevič 1970, po: Milčinski 1979: 423). »[Š]tevilo toksikomanov narašča [...], med toksikomani je do 80 odstotkov takih, ki so v najboljših letih svojega življenja (med 20. in 40. letom), starostna meja se nenehno

pomika navzdol, pod 20. leto starosti, kar pomeni, da so pod udarcem toksikomanije mladi ljudje, že tudi otroci« (Jakopič Garbajs 1971: 659). »[Z]loraba drog se masovno širi v vseh deželah, tudi v tistih, ki se prej niso soočale s tem pojavom; vse pogosteje trde droge nadomeščajo mehke, droga ni več tolažba revnih ali privilegij umetnikov, temveč je predvsem sprejeta oblika vedenja srednjih in premožnejših slojev, predvsem pa mladih, opazen je prehod od tradicionalnih k novim, najpogosteje sintetičnim drogam« (Petrovič 1980). »Ta bolezen, včasih opravičeno imenovana 'bela kuga', z avreolo mita prerašča v epidemijo« (Bukelič 1973: 147); »danes je narkomanija masovni pojav in to med najdragocenejšim delom človeštva — med mladimi. Eksplozivno širjenje drog med mladimi, ki ga opažamo od šestdesetih let dalje, predstavlja pojav, s kakršnim se svet nikoli prej ni soočal« (Savič 1978: 18-19); »zanimanje za psihoaktivne snovi v obdobju 1960/1970 dobiva endemični značaj. [...] Zanimanje za drogo je naraslo posebej med mladimi« (Petrovič 1980: 14-15). »Od jeseni leta 1970 tudi pri nas naglo narašča narkomanija [...], zlasti med mladimi« (Jakopič Garbajs 1973: 6); »pojav narkomanije — v večini primerov gre za pojav med mladim rodom — [se] začenja bliskovito širiti po številnih državah po svetu. [...] Narkomanija med mladimi zajema iz leta v leto večji obseg« (Marolt 1975: 39-40).

Navedeno nas postavlja pred vprašanje ozadja, koordinat, znotraj katerih se je oblikovala družbena reakcija na pojav uživanja drog, značilna za konec šestdesetih in prvo polovico sedemdesetih let. Zdi se, da je tako družbeno reakcijo, ki so jo za pretirano označili že nakateri avtorji[1] v sedemdesetih, mogoče razumeti zlasti kot odgovor na pojav novih vrednot/orientacij, povezan z oblikovanjem mladinske (kontra)kulture, tj., predvsem kot nekakšen poskus nevtralizacije njene travmatičnosti.

Sledeč raziskavi M. Ule, je bila podoba mladine iz prvih povojnih let v Sloveniji izrazito pozitivna, razvidna je bila apoteoza socialistične mladine in mladosti, ki se ji je kot nekakšno negativno regulativno idejo, kot svarilni zgled in nenehno prežečo nevarnost zoperstavljalo podobo mladih na Zahodu. Že konec štiridesetih let pa mladina postane družbeno nevarna, oblast v njej identificira »možno področje delovanja zunanjega sovražnika. [... N]ujna [je postala] nenehna agitacija, mladinski tisk 'mora spoznati mladino s prednostjo naše domovine pred Zahodom'. [... V]rstijo se prispevki o težkem življenju mladine na Zahodu, ki je izkoriščana, slabo zasluži, je brez stanovanj, med njo se razraščajo dekadenčni vplivi« (Salecl 1991: 142-143). Sredi petdesetih pa pride do premika v dojemanju »problematične mladine«; če je bila ta prej zlasti možno področje delovanja zunanjega sovražnika, postane v petdesetih problematična »na sebi«. »Travmatičnost mladine se locira na samo mladino [... U]radna ideologija vidi vzrok za problematičnost mladine v *moralni deviantnosti* posameznih mladincev. [... I]skanje zunanjega sovražnika se tako prevesi v iskanje notranjih deviacij. Koncem petdesetih let in v šestdesetih se začenjajo pojavljati v govorih političnih voditeljev, v časopisih, v šolah opozorila, da se mladi odtujujejo družbi in komunistični partiji, da sprejemajo negativne vplive z Zahoda, da se med mladimi pojavlja kriminal, alkoholizem, nemorala itd.« (Ule 1996: 21).

Tako iz primera družbene reakcije, značilne za konec šestdesetih let, kot tudi npr. iz primerov prepovedi rabe opija in marihuane, lahko vidimo, kako je mogoče nekemu pojavu pripisati različne pomene, ga (re)interpretirati na način, ki je združljiv z obstoječimi gospostvenimi razmerji.

V retoriki drog šestdesetih in sedemdesetih let posebej izstopi protislovje v propagandistični rabi predmeta droge; tako se je o toksikomaniji enkrat govorilo kot o nečem, kar je tuje/zunanje »socialistični stvarnosti«[2], drugič pa kot o nečem, kar to stvarnost razjeda od znotraj; razlagali so jo kot izraz individualne patologije in sočasno kot dokaz delovanja zunanjega sovražnika. Raba pojmov, kot sta »problem Zahoda«, »kuga dekadentnega Zahoda«, kaže na to, kako je bil problem »epidemije narkomanije« ob koncu šestdesetih let v političnih govorih uporabljen predvsem kot svarilni zgled pred kapitalističnim

Zahodom[3], kot dokaz njegove brezobzirnosti in hinavstva – glede na katerega se je tedanja oblast prikazovala kot skrbna, poštena, onkraj delnih interesov, skratka kot *ljubezni vredna*. Na primeru družbene reakcije iz sedemdesetih lahko tako vidimo, kako navidezno nevtralni/apolitični pojmi ali pozivi kot skrb za zdravje, problem drog, zdravstveni problem, skrb za odraščajoče itn. delujejo kot politični argumenti, kot smerokazi prave poti oz. kot integralistične floskule, s katerimi je mogoče prikazati interese političnih elit kot nadrazredne, neenostranske interese vseh.

Ob pregledu pisanj nekaterih slovenskih in drugih (srbskih in hrvaških) avtorjev na temo drog, nastalih med letoma 1970-1998, jasno izstopijo protislovja v prevladujočem prohibicionističnem oz. medicinskem diskurzu.

Ob koncu šestdesetih let, ko se je slovenska javnost prvič soočila z dvigom prevalence uporabe zlasti kanabisa in nekaterih halucinogenov, ki ji je sledila burna družbena reakcija, so se v slovenskem prostoru pojavili prvi, po vsebini neredko senzacionalistični prispevki o nevarnosti ilegalnih drog. Tem je v zgodnjih sedemdesetih sledil izid številnih, tako celovitejših strokovnih kot tudi predvsem senzacionalističnih del, ki so se večinoma omejevala na prikaz posameznih primerov uživanja drog. V medijih je bilo tako mogoče zaslediti prispevke z naslovi: »Uničeno gnezdo tihotapcev drog«, »Narkomani – lažni ljudje«, »Od kod mamila«, »Kakšne kazni za prenašalce bele kuge«, »Diplomati heroina« (Maver 1981: 71), »Epidemija jemanja drog med mladimi«, »Posvetiti v puščavo in ukrepati v džungli« ipd.

Apokaliptična metaforika, ki se je, kot bomo videli v nadaljevanju, izražala v navedbah medijev, neredko pa tudi v navedbah strokovnjakov, je tudi tedaj, podobno kot v začetku devetdesetih, ko smo bili priče ponovnemu odpiranju vprašanja drog, v veliki meri vladala v diskusiji o drogi. Burni družbeni reakciji, ki je dosegla svoj vrh v zgodnjih sedemdesetih, je sledilo postopno upadanje aktualnosti vprašanja drog. Droge so postopoma izgubljale svoje mesto v javnih občilih, o njih se je pisalo le v primerih, ko je prišlo do večjih zaplemb, ali v primerih, ko je šlo za uživanje heroina; »družba se ni več zanimala za ta vprašanja, ukrepanje zoper prekupčevalce in uživalce pa je v glavnem prepustila organom za notranje zadeve ter zdravstvenim in psihiatričnim službam« (Maver 1980: 172). Tako med letoma 1977 in 1989 tudi ni zaslediti pomembnejših ali obsežnejših del na to temo. V začetku devetdesetih droga ponovno postane predmet javnega, političnega in medijskega govora. Podobno kot ob koncu šestdesetih se je tudi v začetku devetdesetih let pojavu uživanja drog zoperstavila sistemska intervencija v obliki socialnoskrbstvenih posegov socialne države, zdravstva, šolstva, različnih *prosvetljevalnih* kampanj in medijske gonje z značilnim senzacionalističnim prikazovanjem problema. Burni reakciji, podobni tisti v šestdesetih, je, po doseženem vrhu aktualnosti teme drog med letoma 1990 in 1995, sledil upad zanimanja za vprašanje drog, vsaj kar zadeva pojavljanje te teme v medijih. Tu jo vse bolj nadomeščajo teme, kot so spolna zloraba otrok, spolna zloraba na delovnem mestu, vrstniško nasilje, motnje hranjenja. Tema drog se v medijih pojavlja kampanjsko; podobno kot sredi sedemdesetih zlasti v primerih poročanja o zaplembah in v primerih zapletov, ki spremljajo uvajanje različnih oblik pomoči uživalcem. V nasprotju s sedemdesetimi, ko je diskusijo v strokovnih krogih zaznamovala zlasti dilema represija ali terapija, pa je nekako od začetka devetdesetih naprej opaziti poskuse vpeljevanja nekaterih elementov pragmatične politike zmanjševanja škode in prizadevanja v smeri izdelave ustreznejše metodologije za ocenitev in napovedovanje širjenja uživanja (gl. Dekleva, Fojan 1997). Kot posledica zahtev aktivnih skupin uporabnikov drog, vključenih v projekt Odbora za družbeno zaščito norosti Stigma[4], leta 1995 sprejet metadonski vzdrževalni program. Tako v metadonskem programu kot tudi v aktivnosti samoorganiziranih skupin uživalcev in drugih, ki so si prizadevali za uvajanje politike normalizacije in oblikovanje različnih, ne zgolj k abstinenci usmerjenih oblik pomoči, so mnogi videli način omajanja, celo poraza prej dominantnega

psihiatričnega lobija, ki je (v času prvih pobud, tj., od leta 1989 pa nekje do srede devetdesetih) nasprotoval vsem oblikam zmanjševanja škode. Vendar se je to prepričanje izkazalo za zmotno, saj je epicenter mreže metadonskih centrov (z legalizacijo programa) dobil mesto v psihiatrični kliniki. Tako psihiatrija ni izgubila vodilne vloge ne pri načrtovanju politike do drog ne na področju terapije. Ta ostaja usmerjena zlasti v doseganje abstinence. Prevlada medicinske interpretacije se kaže med drugim v »prevajanju« prohibicionistični (oz. znotraj nje prevladujoči medicinski) interpretaciji nasprotujočih postavk politike normalizacije v take, ki ji ustrezajo. Tako se v diskusijah, ki zadevajo zmanjševanje škode, danes skoraj praviloma utemeljuje vpeljevanje nizkopražnih programov z »nezmožnostjo posameznikov, da bi prenehali z uživanjem«, izjemoma pa se omenja odločitev in želja nekaterih, da to prakso nadaljujejo, saj se izraz odločitev, ki v sebi združuje pojme aktivnost/volja/razmislek, ne ujema z bolezensko interpretacijo odvisnosti, kakršno ustrezno povzema navedba, ki se sicer nanaša na rabo marihuane: »Ves interes velja samo drogi, razum upada, emocionalna nestabilnost je na višku, prav tako eksplozivnost, agresivnost in socialna degradacija osebnosti« (Glaser 1995: 175-176). Drugo, kar gre omeniti, pa je, da v tovrstnih diskusijah kot govorniki najpogosteje nastopajo predstavniki medicinske stroke, zlasti dveh njenih vej, psihiatrije in socialne medicine. Ilustrativen primer je tudi način argumentiranja metadonskega vzdrževanja, ki ga danes zaznamuje pogosto vzporejanje z insulinsko terapijo, tj., prikazovanje uživanja drog kot kronične bolezni. Podporo tezi o prevladi bolezenske razlage pojava je mogoče med drugim najti tudi v takih izjavah:

- »bolezen odvisnosti mora dobiti status bolezni tako kot druge, npr. astma, visok krvni pritisk«;
- »prek medijev je potrebno spremeniti negativni odnos do uživalcev, jih afirmirati kot bolnike«.[5]

Že iz površnega pregleda del nekaterih slovenskih in jugoslovanskih avtorjev iz obdobja ob koncu šestdesetih in začetku sedemdesetih let, pa tudi iz tekstov, nastalih v devetdesetih, izhajajo številna protislovja. Tako v današnji kot tedanji diskusiji o pojavu je mogoče zaznati nasprotja v:

1. ocenah nevarnosti pojava in s tem v napovedih njegovega širjenja;
2. razlagah etiološkega ozadja;
3. predlogih, ki zadevajo politiko oz. načine spoprijemanja s pojavom.

Točka, okoli katere je bilo doseženo soglasje (v sedemdesetih in devetdesetih), je ugotovitev o neustrezni oz. nezadostni oceni razširjenosti uživanja. »Veliko informacij, s katerimi trenutno razpolagamo, se nagiba k nezanesljivosti in jih je nujno ovrednotiti v kontekstu, v katerem so bile pridobljene. [...] V Sloveniji imamo samo zelo grobo oceno o številu intravenoznih uživalcev drog in morali bi narediti več temeljnih raziskav« (Nolimal 1992: 187). To ugotovitev pa avtorji naprej razlagajo različno. Medtem ko eni ob tem problemu navajajo še problem neustreznega posploševanja ugotovitev iz posamičnih kliničnih primerov oz. majhnega vzorca institucionalno obravnavanih primerov na celotno skupino uživalcev in problem vpliva ideoloških dejavnikov na proučevanje pojava, ki se odraža v pretiravanjih pri prikazovanju problema oz. poudarjanju negativnih posledic uživanja drog kot tudi pri napovedovanju širjenja[6], drugi o problemu razmišljajo kot o odkritem »vrhu ledene gore« in mu pripisujejo dosti večje razsežnosti od zaznanih. »Uradnih podatkov o obsegu narkomanije pri nas ni ali pa so pomankljivi [...]. Zato moramo biti pri sklepanju o obsegu in razširjenosti narkomanije pri nas zelo previdni. [... P]odatki se nanašajo na ljudi, za katere z večjo ali manjšo gotovostjo lahko trdimo, da so pravi uživalci drog. Kolikšno pa je število tistih, ki za zdaj z drogami le koketirajo, je neznanka. Po našem mnenju bi bilo napačno sklepati na podlagi dejstva, da je pri nas evidentirano sorazmerno majhno število narkomanov, da zato narkomanija pri nas ni družbeni problem. Prej bi lahko sklepali, da se ustrezni organi in institucije niso dovolj angažirali pri odkrivanju tega pojava, kakor tudi, da oskrba narkomanov dobro deluje. Soglašam z dr. Stojiljkovičem, ki pravi, da bi bilo ugotavljati natančno število

narkomanov in na tej podlagi ocenjevati družbeno nevarnost tega pojava pri nas izguba časa« (Modly 1975: 13-14).

Med vprašanji, okoli katerih so se v odgovor od identifikacije pojava oblikovale različne, nemalokrat nasprotujoče si teorije in mnenja, gre omeniti tudi vprašanje etioloških dejavnikov. Prav ob tem vprašanju posebej izstopi travmatična narava pojava, njegovo nenehno izmikanje pojasnjujoči medicinski nozografiji. Zaradi tega je mogoče reči, da vedo o drogah danes zdravniki in drugi »strokovnjaki za droge« prav toliko kot laična javnost.

Različni nasprotujoči si odgovori, ki jih zasledimo na vprašanje o etiologiji, kažejo na nezmožnost oblikovanja jasnega in enoznačnega odgovora oz. enotne klinike toksikomanije. Glede vprašanja vzročnosti bi lahko avtorje v grobem razdelili na tiste, ki se usmerjajo v dokazovanje obstoja različnih etioloških dejavnikov — in poudarjajo pomembnost svojega odkritja tako za ustreznejše razumevanje fenomena kot tudi za preprečevalno dejavnost —, in tiste, ki opuščajo iskanje vzrokov pojava, ker jih ni mogoče znanstveno dokazati ali ker jih opazujejo kot irelevantne, in se usmerjajo zlasti v oblikovanje učinkovite preprečevalne politike, pri čemer jih vodi vprašanje: »Kaj deluje?« To orientacijo lahko zasledimo pri zagovornikih kaznovalnega pristopa, ki postavljajo zahtevo po represivnejšem ukrepanju tako zoper prekupčevalce kot tudi uživalce drog. Vendar gre v zvezi s tem dodati, da zgolj represivnega načina reševanja problematike drog, kar zadeva strokovne kroge, ne zagovarja, vsaj glasno ne, nihče več; tudi v sedemdesetih so bili njegovi zagovorniki redki, zaradi česar je mogoče reči, da je obe obdobji določalo zlasti razmišljanje o toksikomaniji kot bolezenskem pojavu.

Druga groba delitev, ki jo gre omeniti, ko govorimo o etiologiji, je delitev avtorjev na tiste, ki iščejo vzroke pojava v razdiralnem vplivu individualne/družinske patologije, ali drugače, v bioloških in nevrofizioloških, psihotičnih, nevrotičnih, emocionalnih lastnostih, nepopolni ali neustrezni socializaciji ipd., in tiste, ki poudarjajo vpliv širših družbenih razmer. Malo pa je avtorjev, ki se odvračajo od individualnopatoloških in sociologističnih interpretacij ter govorijo o problemu drog kot o produktu prohibicionističnega diskurza. Sledeč pregledu razprav jugoslovanskih piscev, nastalih v letih 1968-1980, ki ga je opravil D. Maver (1981), so ti pisci redko namenjali pozornost vplivu anomije in družbene dezorganizacije na širjenje drog. Več zanimanja je pritegnilo vprašanje različnih subkultur in kontrakultur uživalcev drog, čeprav tudi tu ni bilo zaslediti pomembnejših empiričnih raziskav v danih razmerah.

Premestitev poudarka z individualnopatoloških na družbene, natančneje socialno-ekonomske dejavnike, ki izhaja iz kratke navedbe: »večja kot je brezposelnost, več bo malih preprodajalcev« (Pregl 1995: 161), je mogoče razbrati tudi v ciljih (1. in 3. točka) Nacionalnega programa za preprečevanje zlorabe drog v Sloveniji, sprejetega leta 1992:

- preprečevanje zlorabe drog in zmanjševanje socialne, varnostne, zdravstvene in ekonomske problematike, povezane z njo;
- oblikovanje skupne politike za celostno in usmerjeno obravnavo tega problema;
- zmanjševanje tistih socialnih in ekonomskih dejavnikov, ki pospešujejo zlorabo drog;
- spodbujanje zdravja, zdravega in kvalitetnega načina življenja, zdravstvene prosvetljenosti in navad ter dejavnosti, ki krepijo zdravje pri vseh delih populacije;
- organiziranje informiranja, ustreznega predstavljanja te problematike v medijih;
- sistematična priprava sredstev za izobraževanje in njihova uporaba na vseh ključnih točkah;
- zmanjševanje ponudbe (prometa, razpečevanja) droge;
- priprava sodobne zakonodaje;
- mednarodno sodelovanje;
- koordinacija dela institucij, ki izvajajo preprečevanje, zdravljenje in izobraževanje o tej problematiki v RS;
- redno in sistematično raziskovanje pojava zlorabe drog v RS in vključitev v mednarodne raziskovalne projekte.

Kar zadeva vprašanje etiologije, pregled pisanja pokaže prevlado individualnopatoloških razlag, katerih značilnost je izenače-

vanje »normalnega« z »adekvatno adaptiranim«, »socializiranim«, »sprejemljivim funkcioniranjem«, »ustrezno stopnjo frustracijske tolerance«, »prilagojenim vedenjem«, »upoštevanjem realnosti«, »močnim Egom«, »zdravim«, »produktivnim«. Slednje potrjuje tudi pogosta raba pojma »šibki Jaz« in njegovih izpeljank, ki so postale že del vsakdanjega besednjaka: »Jaz, ki ni sposoben prenašati frustracij«, »Jaz, ki ne ravna v skladu z načelom realnosti«, »Jaz, ki ni sposoben obvladovanja oz. usklajevanja gonskih in nadjazovskih zahtev«, »ozek/narcisistični Jaz«, »pomanjkljivo izgrajen Jaz« ipd. Ilustrativen primer takega razumevanja zasledimo v prispevku *Psihodinamika zasvojenosti*:

> Opojne snovi kakor tudi vse dejavnosti, ki se izrodijo v zasvojenost, postanejo nadomesten predmet kakor tudi nadomestek za strukturni primankljaj. S tem mislimo predvsem nezanesljivo ali pomankljivo delovanje Ego funkcij. Mnogi avtorji namreč poudarjajo, da se k zasvojenosti nagibajo narcisistično zelo motene osebe, tj. tisti, pri katerih je psihični aparat zaradi številnih razvojnih fiksacij in močnih regresivnih teženj prešibko oz. pomankljivo razvit. (Bohak 1995: 195.)

V nadaljevanju prispevka avtor govori o »zasvojenosti z delom« in »ekscesivnim spolnim udejstvovanjem«, pri čemer je zanimiva zlasti definicija pojma »zasvojenost«. Uporabo pojma zasvojenost v tej zvezi (delo, spolnost) avtor pojasnjuje takole:

> Kot takšne jih prepoznamo zato, ker *človeku ne prinašajo prave potešitve, marveč ga puščajo nepotešenega. So nadomestek za pravo ustvarjalno delo, za pristne ljubezenske odnose.* (*ibid.*: 196; podčrtala D.F.)

Za naš prikaz je zanimiva tudi navedba italijanskega katoliškega duhovnika don Pierina Gelminia, ustanovitelja pri nas gotovo najbolj znane terapevtske skupnosti Srečanje, v programu katere lahko kot enega temeljnih ciljev zasledimo »razjasnitev odnosa do Boga«: »Za naše otroke ni zlo droga, temveč njihova slabo zastavljena življenska pot!« (po Turčin 1995).

V neredkih tekstih, ki zadevajo vprašanje etiologije, lahko opazimo tudi nekakšno »harmonično koeksistenco« različnih pojmovanj, tj., biologizma, psihologizma in sociologizma (genska predispozicija + problematična družina + nečloveška kapitalistična družba). V razmišljanjih o socialnoekonomskih dejavnikih pojava je sicer impliciran družbenokritični element, ki pa se ob pogostem, hkratnem poudarjanju drugih dveh dejavnikov – dehumanizirane/modernizirane družbe in individualne patologije, tj., v nostalgičnem govoru o vrnitvi k naravi/tradiciji/družini na eni in terapiji na drugi strani, izgubi.

V sklepnem delu tega hitrega pregleda lahko rečemo, da ostaja retorika drog zadnjih trideset let pravzaprav nespremenjena, kar zadeva javno mnenje in tudi mnenje mnogih strokovnjakov s tega področja. Od leta 1992 naprej je sicer opaziti vpeljavo nekaterih elementov politike zmanjševanja škode in napore v smeri izdelave ustreznejše metodologije za ocenitev in napovedovanje širjenja uživanja, vendar do večjih sprememb, kar zadeva javno mnenje in mnenje stroke, ni prišlo. Diskusijo o drogah tudi v devetdesetih letih obvladuje medicinska interpretacija. Neuspehi represivnega/kaznovalnega pristopa in terapije na področju odvisnosti tako pri mnogih niso zbudili suma v možnost realizacije utopičnega programa (družbe brez drog), pri nekaterih pa tudi ne v sredstva njegovega doseganja. O slednjem pričajo tako zahteve nekaterih po rigoroznejšem ukrepanju organov pregona kot tudi odkrita in prikrita nasprotovanja nizkopražnim programom in s tem povezane zahteve po širitvi visokopražnih programov.

Vztrajanje pri iluzorni ideji o obvladovanju fenomena in ideji o možnosti realizacije »družbe brez drog« je danes, v času glasnejših kritik prohibicionističnega prijema, mogoče identificirati zlasti na področju tako imenovanega primarnega preprečevanja. Mogoče bi lahko celo rekli, da s tem, ko postajajo neuspehi k abstinenci usmerjenega zdravljenja vse bolj vidni, posledično prihaja do večje investicije v primarno preprečevanje, celo do nekakšne njegove fetišizacije.

Vzemimo za ilustracijo tega »prenosa verovanja« v možnost realizacije družbe brez drog prispevek Vrzel v sistemu prevencije toksikomanije (Skalar 1992). Prispevek je dober primer prevladujočih pisanj na temo preprečevanja rabe drog, ki jih zasledimo v slovenskem prostoru zadnjih trideset let[7]. Za izbor sem se odločila v prvi vrsti zaradi naslova (»Vrzel«), v katerem razberemo soočenje avtorja z nezmožnostjo realizacije prohibicionističnega projekta. Poleg naslova je zanimiva tudi struktura prispevka, v kateri se odraža cirkularna logika prohibicionističnega projekta (identifikacija problema/alarmantne napovedi — identifikacija razlogov/krivca — identifikacija načina reševanja/pomiritev — identifikacija problema itn.).

> Po več kot dvajsetih letih, odkar je narkomanija pri nas postala problem številka ena, bi pričakovali, da bi zlasti šola lahko že oblikovala bolj sistematičen in doktrinaren pristop do narkomanije in narkomanov. [... Š]ola ima poleg izobraževalne tudi vzgojno funkcijo in učitelji so profesionalni pedagogi, ki pri tako usodnih deviacijah mladih ne morejo ostati ob strani in križem rok. (*Ibid.*: 227.)

Poglejmo, v čem avtor vidi možnost zapolnitve »vrzeli«.

> [Šolska] doktrina bi morala vsebovati predvsem preventivni program, pa tudi strateško-metodične smernice za pedagoge, ki naj bi jim dale podrobnejša navodila, kako ravnati v primeru obravnavanja narkomanije na splošno, s preventivnimi cilji, ali pa konkretno, pri obravnavanju posameznikov ali skupin, za katere je bilo ugotovljeno, da imajo določene izkušnje ali težave z drogo. Preventivni program bi moral najprej zajeti revizijo in dopolnitev učnih načrtov za predmete, ki bi lahko v svojem okviru mladim [...] podali informacijo o kulturoloških, filozofskih, geografskih, gospodarskih, političnih, zdravstveno-higienskih in psiholoških vidikih narkomanije. (*Ibid.*: 227-228.)

Drugi problem avtor vidi v »anomalijah predmetnikov in učnih načrtov«, kar »onemogoča ustrezno koordinacijo«, zato meni, da bi bilo »potrebno, posebej v osnovni šoli, razmišljati o predmetu, kjer bi bila podana celostna informacija o narkomaniji.« Preventivni program bi po avtorjevem mnenju

> moral vsebovati sistem metodičnih napotkov za učitelje in svetovalne delavce na šoli s sledečimi sestavinami: informacijo o narkomanijah s pregledom fizičnih in psihičnih znakov, značilnih za uživalce drog, načela učiteljevega preventivnega delovanja in delovanja v primeru odkritih uživalcev drog [...], metodične napotke za delo z razrednim kolektivom, pri dajanju informacij [...], metodične napotke za delo z uživalci droge, [...] z razrednim kolektivom, [...] za delo s starši odkritih uživalcev, [...] za stike pedagogov in vodstvenih delavcev šole s policijo, socialnimi službami, zdravstveno službo, določitev specifičnih nalog učiteljev, šolskih svetovalcev, vodstvenih in administrativnih delavcev in njihova koordinacija. (*Ibid.*: 228.)

Naprej, avtor vidi razloge za dosedanjo neuspešnost preventivnega delovanja v tem, da se

> šole na problem odzivajo preveč kampanjsko, da so šolski delavci prepuščeni sebi in lastni presoji, da prevencija sloni predvsem na individualnih pobudah in entuziazmu posameznikov in ne na koordiniranem sistemskem pristopu in uveljavljeni doktrini in nazadnje, v preveč formalnem odnosu učiteljev napram učencem, kar onemogoča prijateljstvo in zaupljivost. (*Ibid.*)

Spremembe, ki jih predlaga in v možnost katerih »verjame« (oz. jim glasno ne oporeka) večina tistih, ki se poklicno ali kako drugače ukvarjajo z mladimi, zagotovo niso nič novega. Tovrstne in podobne kritike in nanje opirajoči se predlogi reform šolskega sistema so znani že iz obdobja petdesetih let. In kot izhaja iz spodnjih navedb, so bili v sedemdesetih letih različni strokovnjaki na področju drog (zlasti iz vrst policije, zdravstva, šolstva, sociale) glede nujnosti uvajanja preprečevalnih programov v šolo enotni. Tudi v tem obdobju so mnogi videli priložnost zlasti v vzgoji »človeka, ki ne bo

imel potrebe segati po drogi, ki bo znal ustvarjalneje reševati konfliktne situacije in katerega lestvica frustracijske tolerance bo tako široka, da mu bo droga kot sredstvo za izhod iz težav in napetosti nepotrebna in tuja« (Lukšič 1992). »Morda je danes še čas – in je pomembnejše – da bolj kot o terapevtskih posegih razmišljamo o organizaciji družbeno preventivne akcije. Organizirano preventivno delovanje bo nujno med vsemi tistimi, ki ta problem občutimo in ki smo ga dolžni reševati po svoji službeni dolžnosti. Pri tem mislim predvsem na usklajeno delovanje zdravstvenih, socialnih in kriminalističnih služb« (Orel 1975: 77).

> [P]reprečevati je boljše kot zdraviti. Šola ima v svojih rokah »najboljše možnosti preprečevanja«. Pravočasno odpravljanje vzrokov nas lahko obvaruje epidemije. Svetovalci na šolah bi morali biti podrobno poučeni o samem pojavu, o različnih oblikah zastrupljenja, o pojavnih znamenjih zasvojenosti in občasnega uživanja ter o ustreznih načinih ukrepanja, ko se mora šola praktično soočiti s problemom. Sekcija šolskih psihologov je dala v svoj program za tekoče leto študij o problemih narkomanije pri mladih. Šole bi se morale lotiti vprašanja načrtno in organizirano. (Skalar 1975: 107-109.)

Avtor v začetku predstavljenega prispevka navaja, da je »narkomanija pri nas že več kot dvajset let problem številka ena« in da »bi bilo pričakovati, da je zlasti šola že oblikovala bolj sistematičen in doktrinaren pristop« (Skalar 1992). Razmišljanje, ki se porodi bralcu pri branju prispevka, gre kaj lahko v smeri obtoževanja nesposobnih/nezainteresiranih šolnikov in drugih odgovornih, ki v vsem tem času niso bili sposobni oz. pripravljeni oblikovati ustreznega odgovora na problem. Druga značilnost tega prispevka in podobnih je nakazovanje rešitve, katere logiko lahko povzamemo takole: »Res je, da so se te rešitve nakazovale že prej, vendar zaradi različnih/neznanih vzrokov niso bile uresničene; sedaj je čas, da končno resno pristopimo k njihovemu uresničevanju.« Tretja značilnost prispevka pa je, da je pisan v obliki nekakšnega »recepta«, katerega jasnost se razblini v trenutku, ko ga vzamemo v roke, da bi se po njem ravnali, s čimer odpre prostor za »ustreznejše, sistematičnejše, kompleksnejše izobraževanje«. Tako prispevek zapira krog, ki ga je, kot smo videli, skozi priznanje vrzeli sam odprl. V ilustracijo slednjemu si poglejmo še kratek primer nekega drugega pisanja:

> Uspešna preventiva razvoja odvisnosti ni niti v rokah psihiatrov niti organov represije. Prvi in drugi lahko le po kapljicah gasijo požar. Možnosti za vplivanje pa so mnogo prej. Prijemališče preventive je vzgoja, ki pa pomeni mnogo več od šolskega pouka in predavanj. Vzgoja k zdravi, samostojni in dejavni, srečnejši osebnosti, ki ne bo potrebovala nobene vrste drog, ker bo znala zadovoljno komunicirati s svetom, se okoristiti z njegovim realnim bogastvom, uživati v pristni povezanosti z okolico in zaradi dovolj pristnih kontaktov ne bo kopičila agresivnosti, ki bi se nato oglašala v škodljivih prebojih. Taka vzgoja je silno kompleksna naloga in daleč presega okvire tega pisanja. (Ficko Zalokar 1995: 152.)

V predstavljenih prispevkih se razkriva *monološka struktura* prohibicionističnega diskurza. Že iz kratkega pregleda bodisi dnevnega časopisja[8] ali strokovnih pisanj na temo drog lahko vidimo, da je prohibicionizem zavezan cirkularni logiki; tako se apokaliptične napovedi izmenjujejo z govorom o obvladovanju pojava (»pojav dobiva epidemičen značaj«, »morda je danes še čas«, »šola ima v svojih rokah najboljše možnosti preprečevanja«, »pravočasno odpravljanje vzrokov nas lahko obvaruje epidemije«).

Ponavljanje, značilno za prohibicionistični monolog, kaže na kroženje okoli neke vrzeli/nemožnosti. To krožno strukturo, ki jo mistificira perspektivistična iluzija in ki pravzaprav omogoča nenehno odkrivanje »krivcev«, v povzemajoči obliki razkriva navedeni primer pisanja o primarnem preprečevanju, ki se ga, kot rečeno, v nasprotju s t. i. terciarnim preprečevanjem, tj., strategijami zmanjševanja škode, drži nekakšna fetiška aura. Slednje med drugim potrjuje skoraj popolna odsotnost kritik. Prestavljanje poudarka/pričakovanj z ene strategije

na drugo, ki se odvija ob hkratnem spregledovanju ponavljanja skoraj do črke enakih predlogov ukrepanja, priča o vztrajnosti verovanja v uresničljivost projekta »družbe brez drog« in o izjemni odpornosti tega verovanja proti drugačni vednosti, ki jo izpričujejo učinki dosedanje politike do drog.

Opombe

[1] L. Milčinski opozori na majhen odstotek uživalcev ilegalnih drog v psihiatrični dispanzerski obravnavi: »v letu 1972 je bilo s to diagnozo označenih 0,6% obiskovalcev, v letu 1973 pa 0,8%«, pri čemer opozarja, da je bil naziv narkomanija uporabljen kot groba statistična kategorija in navedeni številki zajemata tudi uživalce, ki niso bili odvisni od drog. Podatki, ki jih navaja za alkoholizem, v odstotkih daleč presegajo narkomanijo (Milčinski 1974b: 61). Avtor tudi v drugih delih opozori na problem alkoholizma, ki je po njegovem mnenju kot tudi po mnenju drugih avtorjev daleč bolj pereč od problema narkomanije; »v tej paniki, ki se pri nas zganja okoli narkomanij, se mi zdi, da je nekaj hipokrizije ali pa mogoče celo manever, da bi se odvrnila pozornost od alkoholizma« (Milčinski 1974a: 289). V svojem razmišljanju o pojavu se Milčinskemu pridružuje tudi J. Pečar, ki v svojem pisanju najprej opozori na pereč problem alkoholizma, v zvezi s pojavom uživanja drog pa pravi, da ga ne gre prezreti, pa tudi ne predimenzionirati (Pečar 1975: 7).

[2] »Pojav narkomanije se najhitreje širi v deželah z visokim narodnim dohodkom, ki nekaterim kategorijam prinaša gmotno blaginjo, hkrati pa čedalje brezobzirnejši in brezoseben vsakodnevni boj za družbeni ugled in uspeh.« (Marolt 1975: 40.)

[3] »Že kot pripadniku socialistične samoupravne družbe mi res ni vseeno, ali bo del te družbe, v kateri živimo, družba bolnikov, pasivnih in parazitskih ljudi, nesposobnih, da v najpomembnejših trenutkih stoje na tleh realnosti, pripravljeni braniti pridobitve naše revolucije. [... U]živalec hašiša je antimilitaristično razpoložen, kar potrjuje dokajšnje število mladih narkomanov, ki so nesposobni služiti v armadi.« (Žerjav 1975: 150.)

[4] Pozneje, točneje leta 1995, se je na tej podlagi in ob izključni finančni podpori WHO (55.000 ameriških dolarjev za dobo dveh let), oblikovalo Društvo uporabnikov Stigma. Civilne pobude za legalizacijo metadonske terapije je mogoče razumeti kot odgovor na prepoved izvajanja metadonske terapije, ki je potekala leta 1989 v bolnišnici Vojnik pod vodstvom dr. Vesne Novak. Psihiatrija je tedaj namreč v »metadonu videla opojno drogo, na katero ne gre v nobenem kontekstu, niti socialnomedicinskem, gledati kot na zdravilo.« Navkljub prepovedi pa se je ta oblika pomoči uživalcem kot ilegalna izvajala dalje vse do leta 1995. (Podatki so iz pogovora z D. Kocmurjem 17. 7. 1998.)

[5] Izjava udeleženke (vodje enega od metadonskih centrov) na posvetu Pragmatika socialnega dela na področju uživanja drog, ki ga je aprila 1998 organizirala Visoka šola za socialno delo v Ljubljani.

[6] O problemu vpliva individualno in družbeno pogojenih predsodkov na ocenjevanje nevarnosti sta v sedemdesetih letih govorila zlasti L. Milčinski in J. Pečar. »Ko bereš poročila in polemike, se ne moreš znebiti vtisa, da seže vpliv teh predsodkov ne kot običajno — zgolj do ravni končne interpretacije zbranih ugotovitev, temveč gre globje tja do zbiranja podatkov.« (Milčinski 1975a: 59.)

[7] Na nujnost oblikovanja usklajenega nacionalnega preventivnega programa je na že omenjenemu posvetu Pragmatika socialnega dela na področju uživanja drog (16.-17. 4. 1989), opozorila državna sekretarka Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve.

[8] »Trgovina z mamili narašča« (Primorske novice, 31. 3. 1998); »Obsojeni prenašalci bele smrti« (Dnevnik, 26. 10. 1998); »Na tokratnem vrhu ZN v New Yorku, ki se ga je udeležilo okoli trideset predstavnikov držav in vlad, so se revne države proizvajalke mamil in bogate porabnice prvič v zgodovini združile v boju za 'svet brez mamil'« (Primorske novice, 16. 6. 1998).

Literatura

Antonijevič, Z. (1971), Socialno kulturni aspekti narkomanije. V: Z. Antonijevič (ur.), Narkomanije mladih. Beograd: Kultura (137-146).

— (1971), Narkomanije mladih u nas. V: Z. Antonijevič (ur.), Narkomanije mladih. Beograd: Kultura (147-151).

Bohak, J. (1995). Psihodinamika zasvojenosti. V: Merc, B. (ur.), *Zbornik razprav: Odvisnost - družbeni problem — včeraj, danes, jutri.* Maribor: Obzorja (192-214).

Bukelič, J. (1972), *Toksikomanije.* Beograd: Obelisk.

Dekleva, B., D. Fojan (1997), Kvalitativno raziskovanje na področju drog. *Revija za kriminalistiko in kriminologijo*, 48, 3: 283-301.

Glaser, E. (1995), Analgetiki, sedativi, uspavala, nevroleptiki antidepresivi, trankvilizatorji in anabolski preparati, ki povzročajo odvisnosti. V: Merc, B. (ur.), *Zbornik razprav: Odvisnost družbeni problem — včeraj, danes, jutri.* Maribor: Obzorja (163-192).

Ficko Zalokar, A. (1995), Odvisnost in odvisnikova agresivnost. V: Merc, B. (ur.), *Zbornik razprav: Odvisnost družbeni problem — včeraj, danes, jutri.* Maribor: Obzorja (124-142).

Hudolin, V. (1973), Rehabilitacija alkoholikov in narkomanov. *Zdravstveni vestnik*, 42, 3: 111-117.

Jakopič Garbajs, M. (1973), Spremna beseda. V: D. Ladewing, V. Hobi in drugi, *Droge med nami.* Ljubljana: Cankarjeva založba (5-6).

— (1971), Kaj je toksikomanija in kdo je toksikoman. *Razgledi*, 23 (695-695).

— (1972), Toksikomanija in mladi. *Razgledi*, 24, 7 (200).

Kastelic, A. (1992), Droge — ne hvala. *Časopis za kritiko znanosti*, 20, 146-147 (178-182).

Lukšič, I. (1992), Legalizacija drog — nujnost in nemožnost. *Časopis za kritiko znanosti*, 20, 146-147 (73-82).

Marolt, D. (1975), Domnevna razširjenost drog v Sloveniji ter delo organov za notranje zadeve. V: *Kaj vemo o drogah.* Ljubljana: Mladinska knjiga (39-55).

Maver, D. (1981).Pogledi nekaterih jugoslovanskih in tujih piscev na vprašanja uživanja drog in narkomanije. *Anthropos*, 1 (69-94).

Maver, D. (1980). Droge na Slovenskem: poskus ponovne ocene. *Revija za kriminalistiko in kriminologijo*, 31, 3 (170-176).

Milčinski, L. (1973), Droge — današnja scena. *Zdravstveni vestnik*, 36, 9 (423-426).

— (1973a), Etiopatogenetsko ozadje narkomanij današnjega časa. *Zdravstveni vestnik*, 10 (483-484).

— (1974a). Droga — človek — družba. *Razgledi*, 11 (288-289).

— (1974b), Tretiranje narkomanija — represija ili terapija? *Socialna psihiatrija* (Zagreb), 2, 1 (61-68).

— (1979), Droge — današnja scena. *Zdravstveni vestnik*, 42, 9 (423-426).

Modly, D. (1975), Podmena o razširjenosti uživanja drog v Jugoslaviji in delo organov za notranje zadeve. V: *Kaj vemo o drogah.* Ljubljana: Mladinska knjiga (13-39).

Nacionalni program (1992). *Časopis za kritiko znanosti*, 20, 146-147 (153-155).

Nolimal, D., M. Globočnik in drugi (1991), Deskriptivna epidemiologija skupine »cestnih« intravenskih uživalcev drog v koprski in ljubljanski regiji v letu 1991. *Zdravstveno varstvo*, 32, 4 (161-164).

Orel, D. (1975), Preventivne in terapevtske možnosti socialnih služb. V: *Kaj vemo o drogah*. Ljubljana: Mladinska knjiga (69-78).

Pečar, J. (1975), Uvod. V: *Kaj vemo o drogah*. Ljubljana: Mladinska knjiga (7-13).

Petrovič, S. P. (1980), *Ličnost narkomana*. Gornji Milanovac: Dječje novine.

Petrovič, M., in drugi (1980), *Droga i mladi*. Beograd: Privredna štampa.

Pregl, M. (1995), Etiologija odvisnosti. V: Merc, B. (ur.), *Zbornik razprav: Odvisnost družbeni problem – včeraj, danes, jutri*. Maribor: Obzorja (154-162).

Salecl, R. (1991), *Disciplina kot pogoj svobode*. Ljubljana: Krt.

Savič, D. (1975), *Droge i mladi*. Novi Sad: Crveni krst Vojvodine.

Skalar, M. (1975), Ali šola dovolj izrablja svoje preventivne možnosti. V: *Kaj vemo o drogah*. Ljubljana: Mladinska knjiga (105-113).

Skalar, V. (1992), Vrzel v sistemu prevencije narkomanije. *Časopis za kritiko znanosti*, 20, 146-147 (227-228).

Turčin, Z. (1995), Toksikomanije mladih. V: Merc, B. (ur.), *Zbornik razprav: Odvisnost družbeni problem – včeraj, danes, jutri*. Maribor: Obzorja (114-124).

Ule, M. (1992), Narkomanija pri mladih: razpadni produkt mladinskih subkultur? *Časopis za kritiko znanosti*, 20, 146-147 (37-44).

– (1996), *Mladina v devetdesetih*. Ljubljana, Znanstveno in publicistično središče.

Žerjav, C. (1975), Sklepna misel. V: *Kaj vemo o drogah*. Ljubljana: Mladinska knjiga (149-152).

Zoran Kanduč

O NEKATERIH NORMATIVNIH VPRAŠANJIH V ZVEZI S POLITIKO DO PREPOVEDANIH DROG

UVODNA PRIPOMBA

Živimo v – zares blago rečeno – bednem času, ko so postala normativna vprašanja v zvezi z osrednjimi družbenimi problemi, praksami in institucijami že skoraj zastarela. Vse, kar je zares bistveno v družbi, je v ideološki optiki predstavljeno kot preprosto nujno. Če pa je nekaj nujno, se je nekako odveč spraševati, ali je tudi dobro, pravično, sprejemljivo ali dopustno. »Idealistične« normativne presoje se zato umikajo »realističnemu« upravljanju nujnosti. Polje, ki ga naseljujejo droge, je v tem oziru rahlo specifično, nemara zato, ker je družbeni nadzor nad njihovim uživanjem raznovrsten. Nekatere droge so v prosti prodaji, nekatere so dosegljive le z pooblastilom (»receptom«) zdravnika, nekatere pa je mogoče nabaviti zgolj na »črnem« trgu. Normativna vprašanja se v tej zvezi običajno nanašajo le na prepovedane (»inkriminirane«) droge. Uporaba množinskega samostalnika je morda pretenciozna, saj gre praviloma predvsem za vprašanje, ali je kazenskopravno omejevanje (»zatiranje«) ponudbe nezakonitih drog »smiselno«. Konvencionalni kritični odgovor je kajpak odločno nikalen. Izhaja iz podmene, da represivni prijem ni bil »uspešen«. Strogo vzeto tovrstne kritike veljavnih predpisov (oziroma njihovega izvajanja) ne vključujejo normativnih argumentov. Temeljijo namreč na predpostavki, da je kazensko pravo po svojem družbenem bistvu (»funkciji«) pripomoček za doseganje določenih družbenih ciljev ali »koristi«. Kazenskopravni sistem (*criminal law in action*) je v tej (»utilitaristični«) optiki predstavljen kot pragmatični mehanizem, ki naj bo »sojen« (ocenjevan) po svojih preprečevalnih ali odvračevalnih učinkih. To izhodišče ni nevprašljivo. Še več, upravičeno je domnevati, da je precej sporno, in sicer na teoretski in praktični (»kriminalitetnopolitični«) ravni. Problem »instrumentalnega« pojmovanja kazenskega prava je slej ko prej v tem, da kaznovanje ne vpliva odločilno – oziroma niti ne more vplivati! – na osrednje določilnice konformnega (družbeno zaželenega ali pričakovanega) in odklonskega vedenja (normativnih kršitev). Kazenskopravni sistem je v tem oziru pravzaprav tragična družbena institucija, saj je že iz načelnih razlogov »obsojen« na kronično omejeno (v bistvu precej skromno) učinkovitost.

Če torej trdimo, da je kazenskopravno reševanje problema prepovedanih drog »spodletelo«, se kaže zavedati, da imamo opraviti z očitkom, ki ga je mogoče nasloviti na kazenskopravni sistem v celoti. Če pa bi izhajali iz predpostavke, da opravlja kazenskopravni sistem (kot represivni in ideološki »aparat države«) predvsem »simbolične« družbene funkcije, bi najbrž morali priznati, da se teža očitkov na rovaš njegove malone pregovorne neučinkovitosti v precejšnji meri zmanjša. Kaj storiti v tem primeru? Kritik represivnega zmanjševanja ponudbe prepovedanih drog ima vselej na voljo še dodatni argument: tovrstna politika/praksa ni le neuspešna (ker se ji, na primer, ni posrečilo bistveno omejiti proizvodnje in trgovine z drogami), temveč je celo »kontraproduktivna«, saj (po)ustvarja kopico družbenih in osebnih problemov, ki niso povezani z uživanjem prepovedanih drog (niti z »odvisnostjo«, ki naj bi bila najbolj nezaželena

posledica uživanja). Tu gre za očitek, ki je brez dvoma vse prej kot zanemarljiv. Vseeno pa ni povsem specifičen zgolj za kazenskopravni (»formalni«) nadzor nad prepovedanimi drogami, saj naletimo nanj tudi v abolicionistični optiki, se pravi, v okviru »kriminološke« smeri, ki se zavzema – vsaj dolgoročno – za odpravo kazenskega prava v celoti (deloma tudi zato, ker je po mnenju abolicionistov kazenskopravna represija »kontraproduktivni« prijem pri reševanju družbenih problemov in medosebnih sporov).

Ne nazadnje velja upoštevati, da utegne zagovornik kriminalizacije prepovedanih drog celo mirno sprejeti vse pomisleke »disidentov«, oziroma, jim prostodušno priznati, da imajo prav, vendar pa jih bo v isti sapi opomnil, da je nadaljnja veljavnost kazenskopravnih prepovedi kljub vsemu »nujna«. Razlogov tovrstne nujnosti je bržkone več. Prav posebno težo ima mednarodni argument: kriminalizacije ni mogoče odpraviti (z nekakšno »solistično« akcijo), dokler se za podoben korak ne odločijo še druge države (oziroma vsaj najvplivnejši akterji v mednarodni politiki). To pomeni, da je v zadnji instanci »krivec« za nadaljevanje represije (ponekod govorijo celo o pravcati »vojni zoper droge«) bolj ali manj abstraktni »tujec« ali »tujina«. V tem smislu ima vsaka »država« (pravzaprav vlada) možnost, da se izgovarja na nerazumno politiko drugih držav/vlad. Zato ne preseneča, da je mogoče istočasno trditi, da je represivni model nadzorovanja prepovedanih drog nečinkovit ali kontraproduktiven, vendar pa je vseeno »nujnost« (pogojena z dejstvenimi razlogi) brez pravih (tu in zdaj uresničljivih) alternativ.

V tem sestavku bomo namenili največ pozornosti normativnemu ugovoru zoper obstoječo politiko do prepovedanih drog. Opozoriti velja, da gre za očitek, ki nikakor ni nezdružljiv z običajnimi kritikami represivnega obravnavanja drog, ampak je zgolj njihovo – po naši presoji celo ključno – dopolnilo. Zakaj se nam zdi normativno razmišljanje pomembno? Vzemimo hipotetični (v praksi zelo malo verjetni) primer, da bi se represivnim organom v bližnji prihodnosti vendarle posrečilo v znatni meri skrčiti ponudbo prepovedanih drog. Kritiki tedaj ne bi mogli trditi, da je represija na področju drog popolnoma neuspešna. Kaj bi to pomenilo? Mar bi morali nasprotniki kriminalizacije tedaj priznati poraz in se sprijazniti z nadaljnjim kazenskopravnim nadzorovanjem drog? Vzemimo v pretres še tale hipotetični (nič bolj verjeten) primer: predstavljajmo si, da bi se kakšna »razsvetljena« vlada čez noč odrekla kazenskopravni politki do drog. Pozneje pa bi se izkazalo, da je »de facto« dekriminalizacija izzvala opazno povečanje uživanja drog (in zasvojenosti). Kaj bi to pomenilo? Bi zahtevali od vlade, naj se odreče »strpni« politiki do uživanja in uživalcev drog? Bi zagovorniki kriminalizacije tedaj upravičeno slavili zmago?

Naša teza je – zelo na kratko in precej v grobem – naslednja: najbolj »radikalen« ugovor zoper represivno politiko do prepovedanih drog je po svoji naravni normativen, utemeljen na vrednostnem stališču, da ima posameznik (odgovorna odrasla oseba) pravico do uživanja katere koli droge po lastni izbiri. V tej zvezi si kaže zastaviti vprašanje, od kod je mogoče izpeljati tako upravičenje (ki je kajpak – podobno kot druge tovrstne pravice – omejeno z drugimi veljavnimi upravičenji in logično speto z ustreznimi dolžnostmi). Možnih normativnih »epicentrov« (oziroma »alibijev«) je kajpak več. Oglejmo si pobliže vsaj nekatere možne »kandidate« (ki se seveda vzajemno ne izključujejo, saj se nahajajo v razmerju večje ali manjše splošnosti in abstraktnosti).

PRAVICA DO »SAMOUPRAVLJANJA« S SEBOJ IN NJENE KONKRETIZACIJE

Nekako najbolj logična »podlaga« pravice do uživanja drog po lastni izbiri (odločitvi) je pravica do »samoupravljanja« s seboj, na primer z lastnim telesom, opravili in časom. Ta pravica kajpak ni – oziroma ne more biti – absolutna, vsaj ko gre za človeka, ki je družbeno bitje. Zdi se, da je njena najvažnejša omejitev povezana z dolžnostjo (bržkone ključno za osebo, ki živi v družbi), sodelovati v procesu produkcije (nujno potrebnih dobrin in storitev za življenje družbe in

vseh njenih članov) oziroma heteronomnega dela. Tovrstna obveznost je »legitimna« (moralnopolitično upravičljiva), če je neukinljivo heteronomno delo skrčeno na minimum in enakomerno porazdeljeno med ljudi, vključno z družbenim dohodkom/proizvodom (in kajpak bogastvom). Sodelovanje v produkciji (»kraljestvu nujnosti«) je torej mogoče razumeti kot ceno, ki naj jo pravnopolitični subjekt »plača« za efektivno razpolaganje s pogoji (npr. osvobojenim časom, zasebnim prostorom/bivališčem, hrano, izobrazbo, dohodkom in podobnimi dobrinami in storitvami), ki so sine qua non za samodoločeno delovanje (v »kraljestvu svobode«).

Tradicionalna oblastna morala (ki je pravzaprav svojevrstna etika čakanja oziroma samoodpovedovanja) si je prizadevala z raznovrstnimi prijemi skrčiti polje posameznikovega »samoupravljanja«. Zlasti »telo« je bilo deležno precejšnje pozornosti (ne)formalnih nadzorovalnih mehanizmov. V tej zvezi je skoraj nepotrebno navajati posamične zglede. Zadošča opozoriti na stroge (sprva religiozno obravnane) omejitve samodoločenih spolnih praks, npr. otroške in mladostniške, zunajzakonske, homoseksualne, avtoerotične ali »promiskuitetne« spolnosti. Posamezniku so zanikali tudi pravico samostojno odločati o umiku s tega sveta. Prostovoljni odhod v smrt je še vedno ožigosan z grdo oznako »samomor« (v kateri zlovešče odzvanja beseda »umor«, ki je poimenovanje hudega kaznivega dejanja) in dojet kot utelešenje ali znamenje nečesa bolezenskega (»nenormalnega«). »Samomorilcev« v današnjem času resda ne kaznujejo več, kar pa vseeno še ne pomeni, da ima vsakdo priznano pravico brez nepotrebnih ovir (in očitkov) izbrati kraj, čas in način lastne smrti (možni »samomorilci« so potemtakem prepuščeni samim sebi, lastni iznajdljivosti, pripomočkom in metodam, ki so neredko negotove, odbijajoče, neestetske in boleče).

Pravica do uživanja drog, se pravi, snovi, s katerimi je mogoče vplivati na stanje (spreminjanje) zavesti, ugodja in bolečine, je pravzaprav konkretizacija upravičenja do samostojnega odločanja o vnosu snovi v organizem. Najbrž je odveč poudarjati, da utegne včasih posameznik to »svoboščino« udejanjati nespametno (oziroma v moralistični govorici: »zlorabljati« svojo svobodo). Vsakdo pozna številne osebe, ki se ne prehranjujejo »zdravo« (marsikdo sploh ne po svoji »krivdi«, ampak zaradi nezadostnih finančnih virov), ki »preveč« jedo, kadijo ali pijejo, ki so »odvisni« (ali »zasvojeni«) od kakšne prijetne substance, dejavnosti ali osebe (pravzaprav »neubranljive« skušnjave). Kljub temu, da so mediji polni »dobronamernih« nasvetov, kako naj »sodobni človek« živi zdravo (kaj in kako naj je in pije oziroma čemu naj se v lastno »dobro« odreče – če pač želi dočakati visoko starost ali imeti čim manj opravkov z zdravniki), pa ni zaslediti predlogov, da naj bi država s kazenskopravnimi sankcijami preganjala »požeruhe«, »nezmerne sladokusce«, »ljubitelje dobre kapljice«, »strastne kadilce«, »debeluhe« (po lastni »krivdi«) in podobne prostovoljne »oporečnike« veljavnih zdravstvenih dogem. V tem ni nič obžalovanja vrednega, saj se pričakuje, da bodo kršilci zdravstvenih pravil dovolj »kaznovani« že s posledicami, ki naj bi z jekleno vzročno nujnostjo nastopile zaradi nezmernih užitkov. A to še ni vse. Družba (in država) dopušča posamezniku, da se podaja v mnogovrstne dejavnosti, ki so bolj ali manj nevarne (neredko škodljive zanj, za naravo ali družbo). Včasih so tovrstne dejavnosti celo obilno propagirane, na primer vožnja z zasebnim avtomobilom. Zanimivo (celo bizarno) je, da neženirano protežiranje zasebnega prometa v škodo javnega prometa in »paraprometa« (npr. pešačenja ali prevažanja s kolesom) javnosti sploh ne vznemirja, in to navzlic nesporni ekološki in družbeni škodi, množici prometnih »nesreč«, smrtim, poškodbam ali okvaram zdravja in izredno visokim stroškom (oziroma lahkomiselnemu zapravljanju redkih finančnih, gmotnih in človeških virov, ki bi jih lahko uporabili za dviganje splošne in posamične kakovosti življenja, npr. za zidavo stanovanj in pridelavo kakovostne hrane). Mediji – ki so, mimogrede, prepolni reklamiranja novih avtomobilov – o jeklenih konjičkih ne govorijo kot o »pločevinasti smrti«, medtem ko heroin neredko označijo s srhljivim opisom »bela smrt« (kar je vsekakor težko

pojasniti, če primerjamo število smrti, ki so posledica prometnih »nezgod«, s številom smrti, ki so posledica premočnega odmerka droge). Propagiranje vožnje z zasebnim avtomobilom kajpak ni osamljeni primer. V ideološkem obtoku je še vedno opaziti zagovarjanje etike dela (ki je, strogo vzeto, etika honorarnih ali »fleksibilnih« sužnjev, se pravi, anahronistična normativna tvorba, ki je povsem nepotrebna – celo čedalje bolj osovražena – v poznomoderni družbi, kjer so družbene potrebe po produktivnem delu iz dneva v dan manjše), zvijačno priporočanje spolne morale (beri: hinavskega omejevanja samodoločenih spolnih praks), podlo spodbujanje k rojevanju otrok in idealiziranje konvencionalne družinske »celice« (navkljub množici empiričnih podatkov, ki kažejo na očitno ali vsaj bedno zakamuflirano nelagodje »vernikov« v družinsko/domačnostno ideologijo).

Zakaj imajo torej zgolj nekatere droge – demonizirani heroin, kokain, »trava«, »tripi« ali rejverske tabletke – kriminalni status? Zakaj sme posameznik jesti, piti in kaditi tobak po mili volji, medtem ko se z uživanjem heroina in drugih prepovedanih drog nevarno približa kriminalni coni? Zakaj je izdelovanje avtomobilov (in gradnja avtocest) normalna gospodarska dejavnost, gojenje trave (celo za lastne potrebe) ali izdelava drugih prepovedanih drog pa je kriminalna dejavnost? Odgovor bi najbrž morali poiskati v preteklosti, na primer z raziskovanjem razlogov, zaradi katerih so poprej normalne droge raznormalizirali/kriminalizirali (prim. Trebach 1993: 41-60). Vendar se zdi, da si s tovrstnimi raziskavami ne moremo kaj prida pomagati pri odgovoru na vprašanje, zakaj so inkriminacije drog še vedno v veljavi (in deležne precejšne podpore javnosti in države). Ko neko pravilo stopi v veljavo, postane vir lastne (samonanaševalne) »legitimnosti«, ki je v precejšnji meri »imuna« na zunanje kritike in reperkusije njenega (negativnega) družbenega učinkovanja. Če je res tako, potem vidimo, da ni nekoristno oporekati veljavnosti inkriminacij prepovedanih drog tudi (ali celo predvsem) na normativni ravni, se pravi, s pomočjo drugih – navadno bolj splošnih in abstraktnih – normativnih upravičenj.

SKLEPNA PRIPOMBA

Prohibicionistični model družbenega nadzorovanja prepovedanih drog doživlja v zadnjem času pomembno in hvale vredno »korekcijo«. To blažilno funkcijo opravlja model zmanjševanja škode (prim. O'Hare 1992), pri čemer ne gre le za omejevanje škode, ki je posledica uživanja droge, temveč zlasti za krčenje negativnih odbojev represivnega pristopa (povezanega z raznimi metodami »zdravljenja« odvisnosti, opredeljene kot posebne »bolezni«). Politika/praksa »zmanjševanja škode« je v tem oziru neke vrste praktična »antiteza« (ali postopna – vsekakor še negotova in iz razumljivih razlogov precej previdna, na začetku celo »podtalna« – abolicija) še zmeraj prevladujočega kaznovalnega modela. Dejstvo, da so raznovrstni programi zmanjševanja škode sploh ugledali luč družbenega sveta, vsaj na prvi pogled niti ni posebej presenetljivo. Tovrstna politika se namreč v zadostnem obsegu vklaplja v porajajočo se družbo tveganja, se pravi, v »negativno« skupnost, ki je ne povezujejo več skupne vrednote (oz. »vera« v možnost izoblikovanja »boljše« – bolj svobodne, razumne in pravične – družbe in države), temveč bolj želje prestrašenih ljudi po zmajševanju možnosti (»rizikov«) izbruha škodljivih pojavov. Prednost modela zmanjševanja škode je ne nazadnje tudi v tem, da je zamišljen in javno predstavljen kot »pragmatičen« (še več, strokovno verificiran) projekt razumnega upravljanja z dejansko, virtualno in potencialno nevarnimi/škodljivimi prvinami uživanja prepovedanih drog. Uresničevanje tovrstne politike ni pogojeno z mučnimi – in v precejšnji meri jalovimi – razpravami o »smiselnosti« legalizacije prepovedanih drog (prim. Inciardi 1991). Zdi se torej, da je vsaj eden izmed pogojev, da politika zmanjševanja škode zaživi, ta, da se izogibamo obravnavi (pravzaprav problematiziranju) normativne upravičenosti represivnega modela. Model zmanjševanja škode v nekem smislu lebdi v težko opredeljivem (ne)normativnem prostoru. Res pa to ni le njegova prednost (v današnjem kulturnem ozračju), temveč je tudi njegova Ahilova peta (vir ranljivosti v primeru, ko bi javnost

razburil kak posebej dramatičen dogodek, povezan z uživanjem ali »zlorabo« droge). Prav zato bi v prihodnje kazalo bolj pogumno zagovarjati normativno sodbo, da je podlaga politike zmanjševanja škode pravzaprav pravica do uživanja katerekoli »droge« po lastni izbiri (ne glede na morebitne družbene in osebne posledice!).

Literatura

Grund, J. P., P. O. Coffin (1997), Inovativna politika kot odgovor na porajajoče se probleme v zvezi z drogami in AIDS-om v Srednji Evropi: Paradigma zmanjševanja škode. *Mreža drog*, 2-4: 8-19.

Hanžek, M. (ur.) (1998), Poročilo o človekovem razvoju: Slovenija 1998. Ljubljana: Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj.

Inciardi, J. A. (ur.) (1991), *The Drug Legalization Debate*. Newbury Park: Sage.

Jacoby, R. (1981), *Družbena amnezija*. Ljubljana: Cankarjeva založba.

Lafargue, P. (1985), Pravica do lenobe. V: T. Kuzmanić (ur.), *Boj proti delu*. Ljubljana: KRT (49-80).

O'Hare, P. A., *et al.* (ur.) (1992), *The Reduction of Drug-Related Harm*. London: Routledge.

Szasz, T. (1996), *Our Right to Drugs*. Syracuse: Syracuse University Press.

Trebach, A. S., J. A. Inciardi (1993), *Legalize It? Debating American Drug Policy*. Washington: The American University Press.

Tim Rhodes, Gerry V. Stimson, Nick Crofts, Andrew Ball,
Karl Dehne, Lev Khodakevich

INJICIRANJE DROG, HITRO ŠIRJENJE VIRUSA HIV IN »RIZIČNO OKOLJE«

DEJAVNIKI, KI IMPLICIRAJO HITRO OCENO IN ODZIV

UVOD

V zadnjih dveh desetletjih javno-zdravstveni diskurzi vedno bolj poudarjajo vpliv okolja. Priporočila Svetovne zdravstvene organizacije že od sredine osemdesetih podpirajo »novo javno-zdravstveno gibanje«, ki preudarja zmanjševanje tveganj na podlagi medsektorskih in večnivojskih aktivnosti, s spodbujanjem individualnih, skupnostnih, političnih in okoljskih sprememb. Svetovna zdravstvena organizacija v zadnjem času tudi poudarja, da je prihodnost javnega zdravja odvisna od razvoja medsektorskega partnerstva, s katerim naj bi zagotovili okolja, ki so naklonjena zdravju in pospeševanju pomena zdravja. Vedno večji poudarek na okolju kot dimenziji, ki pomembno vpliva na zdravje, je spodbudil tudi pobude za premike znotraj epidemiologije (Yen, Syme 1999; Susser, Susser 1996; Krieger, Zierler 1996; Pearce 1996). Upoštevanje okolja je pomembno predvsem za razumevanje tako imenovanih »bolezni, povezanih z vedenjem« (*behavioural disease*), zlasti ko gre za širjenje bolezni in določanje njenih determinant. Širjenje infekcij z virusom HIV pri tem ni nobena izjema. Značilnost širjenja virusa HIV je, da ne napreduje po enotnem načinu ali naključnem vzorcu, ampak je podvržena relativnosti tveganj in variacijam vedenj populacij v različnih družbenih, kulturnih, ekonomskih, pravnih, policijskih in političnih okoljih (Rhodes 1996; Stimson 1996; Friedman, O'Reilly 1997; Gillies, Tolley, Wolstenholme 1996; Tawil, Verster, O'Reilly 1995).

Pomemben temelj ocenjevanja »tveganega okolja« so sodobne raziskave, ki upoštevajo pluralizem metod. Dokazano je, da na zavedanje in percepcijo tveganja vplivajo družbeni kontekst in materialni pogoji, v katerem se tveganje pojavi. Ključni mikro in makro dejavniki mediiranja tveganega vedenja pri uživalcih drog so: fizični in družbeni okvir injiciranja (Latkin, Mandell, Vlahov 1994; Ouellet, Jimenez, Johnson 1991), prijateljski in socialni odnosi in mreže (Friedman *et al.* 1997), vrstniške skupine in kulturne »norme« (Friedman, O'Reilly 1997; Zule 1992), pa tudi širše družbeno, ekonomsko in politično okolje (Tawil, Verster, O'Reilly 1995; Grund *et al.* 1992; Lurie, Hintzen, Lowe 1995). Izmenjava igel in brizg, na primer, ni le posledica tveganja posameznika, ki se odloči za uživanje, in neposredne situacije, v kateri se zgodi uživanje drog (Latkin, Mandell, Vlahov 1994), ampak je kontekstualno določeno tudi s politiko do drog, predpisi in uveljavljanjem zakonodaje (Drucker 1995; Lurie, Drucker 1997; Hurley *et al.* 1997; Koester 1994), razpoložljivostjo pripomočkov za injiciranje (Drucker 1995; Lurie, Drucker 1997; Hurley *et al.* 1997; Lurie, Drucker 1997; Hurley *et al.* 1997; Drucker *et al.* 1998), spolno, etnično in zdravstveno neenakostjo (Bernard 1993; Friedman *et al.* 1998), politično in družbeno ekonomijo (Gillies, Tolley, Wolstenholme 1996; Lurie, Hintzen, Lowe 1995; Friedman 1998; Singer 1998) in, kar je morda najpomembneje, politiko javnega zdravja (Brudtland 1999; Stimson 1996; Grund *et al.* 1992; Drucker 1995; Lurie, Drucker 1997; Hurley *et al.* 1997; Strathdee 1998).

Bistvena sestavina ocenjevalnih prijemov, ki naj razvijejo učinkovite javno-

zdravstvene in preventivne odgovore, je razumevanje okolja, v katerem se tvegano vedenje in odnosi pojavijo. Vpliv »rizičnega okolja« je še vedno premalo raziskan, čeprav nastopa pri razvoju prevencije okužbe z virusom HIV kot kritični dejavnik. »Novo« javno-zdravstveno gibanje razumevanju zdravja kot interakcije med populacijami in njihovim družbenim in materialnim okoljem prinaša tudi nove izzive. Preventivna dejavnost na področju okužbe z virusom HIV pa je še vedno usmerjena zlasti na »individualno« in navadno spregleda vplive okolja na širjenje okužbe z virusom HIV, s tem pa spregleda tudi potenciale za spremembe v družbi in okolju (Rhodes 1997; Friedman, O'Reilly 1997; Tawil, Verster, O'Railly 1995; O'Railly, Piot 1997). To še posebej velja pri razvoju intervencij, ki so namenjene intravenoznim uživalcem drog, saj na tem področju obstaja precejšen politični odpor do uvajanja javno-zdravstvenih meril in sprememb na strukturnem nivoju, čeprav je znano, da bi lahko bile te intervencije učinkovite pri zajezitvi epidemij z virusom HIV v svetovnem merilu (Lurie, Hintzen, Lowe 1995; Drucker 1995; Strathdee *et al.* 1998).

Dokaze o vplivu okolja na hitro širjenje okužbe z virusom HIV med intravenoznimi uživalci drog in njihove implikacije za oceno in odgovor smo raziskovali na primerih dveh regij, kjer je injiciranje drog najpogostejši način prenosa okužbe virusa HIV. Naša primera črpata s področij v južni in jugovzhodni Aziji in v državah bivše Sovjetske zveze. Pregledali pa smo tudi mednarodne podatke, ki osvetljujejo »hitrost odzivov« in »prijeme javnega zdravstva« kot neizogibne dejavnike učinkovite preventive širjenja virusa HIV med intravenoznimi uživalci drog.

DVE DESETLETJI EPIDEMIJE VIRUSA HIV MED INTRAVENOZNIMI UŽIVALCI DROG

Danes o intravenoznem uživanju drog poročajo iz 129 držav, od tega v 103 državah poročajo tudi okužbi z virusom HIV, ki je povezana z intravenoznim načinom uživanja drog. Gre za resen porast števila od leta 1996, ko je o navzočnosti virusa HIV med intravenoznimi uživalci poročalo 83 držav (Des Jarlais *et al.* 1996). Pred tem, leta 1993, je bil virus HIV med intravenoznimi uživalci zaznan v 53 državah (Stimson 1993). Uživanje drog z injiciranjem je najpogostejši način prenosa virusa HIV med uživalci drog v delih južne Evrope, v Združenih državah Amerike, severni Afriki, na Bližnjem Vzhodu, v Aziji in državah bivše Sovjetske zveze (Ball *et al.* 1998, Des Jarlais *et al.* 1996, Stimson 1993; Stimson 1997; Stimson 1998; Crofts *et al.* 1998; Hammers *et al.* 1997; Rhodes *et al.* 1999; Dehne *et al.* 1999), navzočnost virusa HIV med populacijo intravenoznih uživalcev drog pa občutno narašča tudi v Južni Ameriki (Strathdee *et al.* 1998). Virus HIV se je med intravenoznimi uživalci drog hitro razširil v precejšnjem številu držav in narašča že vsaj 15 let od prvega zabeleženega primera v New Yorku (Des Jarlais *et al.* 1994) in deset let, odkar se je virus prvič pojavil v jugovzhodni Aziji (Stimson 1997; Stimson 1994, Crofts *et al.* 1998). Po letih nizke in stabilne prevalence virusa HIV v Vancouvru v Kanadi zadnji podatki kažejo povečanje prevalence virusa HIV za 25% (Strathdee *et al.* 1997). V razmaku skoraj desetih let so tako hitremu širjenju virusa HIV med intravenoznimi uživalci drog priča na dveh področjih, v jugovzhodni Aziji, kjer se je epidemija pojavila že leta 1986, in v državah bivše Sovjetske zveze, kjer zaznavajo epidemične razsežnosti okužbe od leta 1995.

JUŽNA IN JUGOVZHODNA AZIJA (1986-1998)

Študije, ki so nastale na področjih jugovzhodne Azije, kažejo, da se je prevalenca virusa HIV med intravenoznimi uživalci drog v letu ali dveh od prve identifikacije virusa povečala na 40% (Des Jarlais *et al.* 1993; Stimson 1993; Stimson 1997; Stimson 1994; Crofts *et al.* 1998). To se je zgodilo v Bangkoku (1987-1988) in Chiang Raiu (1988-1989) na Tajskem, v provinci Junan v jugozahodni Kitajski (1989), v Burmi (1989) in v Manipurju v severovzhodni Indiji (1989-1990) (Stimson 1997; Crofts *et al.* 1998; Weniger *et al.* 1991; Sarkar *et al.*

1994; Htoon *et al.* 1994). V zadnjem času se je širjenje virusa HIV med intravenoznimi uživalci povečalo tudi v Maleziji (Crofts *et al.* 1998; Ismail 1998) in Vietnamu (Lindan *et al.* 1997).

V številnih naštetih državah je prevalenca virusa HIV med intravenoznimi uživalci drog dosegla alarmantno stopnjo. Tako je bila v letih med 1992-1993 prevalenca HIV v Burmi v predelih Mytkyna 95%, v predelu Mandalay 86% in v Yangonu 86%, v provinci Junan na Kitajskem v kraju Ruili 86% in v kraju Longchuan 66%, v Manipurju v Indiji 67% in v Saigonu leta 1995 42% (Stimson 1997; Stimson 1994; Crofts *et al.* 1998; Weniger *et al.* 1991; Sarkar *et al.* 1994; Htoon *et al.* 1994; Ismail 1998; Lindan *et al.* 1997; Zheng *et al.* 1994; Wu *et el.* 1996). V številnih predelih, kjer se je okužba z virusom HIV med uživalci drog hitro razširila, se visoka prevalenca ne zmanjša. Ocene v letu 1997 nakazujejo stopnjo prevalence med 50 in 76% v Ruiliju, med 44 in 55% v Longchuanu (Junan), 37% v Saigonu in 33% v Bangkoku (Crofts *et al.* 1998; Lindan *et al.* 1997; Zheng *et al.* 1998; Celentano *et al.* 1998; Des Jarlais *et al.* 1998). Na Kitajskem ocenjujejo, da je najmanj 50% primerov okužb z virusom HIV povezanih z intravenoznim uživanjem drog, medtem ko naj bi bilo v Maleziji, Burmi in Vietnamu takih kar 70% primerov (Crofts *et al.* 1998; Ismail 1998; Lindan *et al.* 1997).

Grožnja rapidnega pojavljanja epidemij okužb z virusom HIV v državah jugovzhodne Azije je stalna. V Katmanduju (Nepal) so kontinuirano nizko prevalenco (pod 2%) v obdobju nekaj let povezovali z zgodnjo prevencijo v zvezi s prenosom okužbe z virusom HIV (Peak *et al.* 1995), zdaj pa podatki raziskave iz leta 1998, ki je zajela vzorec 165 intravenoznih uživalcev drog, kažejo povečanje prevalence na 50% (Gurubacharya *et al.* 1998). Ta porast lahko razlagamo s prepletanjem zunanjih dejavnikov tveganja, povezanih z okoljem, ki so trčili ob že obstoječo preventivno dejavnost. Med dejavnike tveganja, ki so vplivali na hitro širjenje okužb v jugovzhodni Aziji, štejemo razširjanje novih vzorcev uživanja drog, zlasti preskok s kajenja opiatov na injiciranje drog, na kar je vplivala tako večja ponudba in dostopnost heroina, ki je primeren za injiciranje, kakor tudi večja popularnost injiciranja buprenorphina. S širjenjem injiciranja kot načina uživanja drog se je povečevala souporaba pribora za injiciranje. Pomemben zunanji dejavnik tveganja pa so tudi naraščajoče migracija prebivalstva (Gurubacharya *et al.* 1998). V nadaljevanju teksta bo razvidno, da taki »pogoji v okolju«, ki pospešujejo širjenje epidemij, obstajajo v številnih državah južne in jugovzhodne Azije.

NOVE NEODVISNE DRŽAVE V VZHODNI EVROPI (1995-1998)

Desetletje po tem, ko se je okužba z virusom HIV pojavila v Zahodni Evropi, se od leta 1995 pojavljajo nove epidemije med populacijo uživalcev drog v Vzhodni Evropi, vključno z Ukrajino, Rusijo, Belorusijo, Moldavijio in Kazakstanom v srednji Aziji. V Ukrajini se je okuženost z virusom HIV povzpela s 47 primerov med leti 1992 in 1994 na skoraj 1.500 primerov v letu 1995, na 12.228 primerov v letu 1996 in na kar 15.443 primerov v letu 1997, čemur se pridružujejo zadnje ocene, da je kar 80% novih infekcij povezanih z intravenoznim uživanjem drog (Shchecrbinskaya *et al.* 1998). V mestih Odesa in Nikolajev je bilo hitro širjenje okužbe najbolj akutno. V Odesi je prevalenca okužbe z virusom HIV med intravenoznimi uživalci drog narasla z 1,4% v januarju 1995 na 13% v avgustu istega leta in na 31% v januarju leta 1996. V Nikolajevu pa se je prevalenca dvignila z 0,3% v letu 1994 na 17% v začetku leta 1995, do januarja 1996 pa se je povzpela kar na 57% (Kobyshcha *et al.* 1996; Khodakevich *et al.* 1996). Novi izbruhi epidemij pa se še kar pojavljajo. V Poltavi, kjer so leta 1996 vedeli za 3 primere okužbe z virusom HIV med uživalci drog, je leta 1998 zabeležena 30% prevalenca okužbe (Khodakevich 1999). Podatki kažejo kontinuirano širjenje okužbe z virusom HIV med intravenoznimi uživalci na podeželju (področja Odese, Poltova in Čerkazi), v Donecku na vzhodu in Dnepropetrovsku, Zaprožju in Kijevu v osrednji Ukrajini.

V Rusiji pred letom 1994 ni zabeleženih primerov okužb z virusom HIV med intravenoznimi uživalci drog. Leta 1994 sta odkrita dva primera, pet primerov leta 1995, 1.018 primerov leta 1996 in 2.220 primerov leta 1997 (Pokrovsky *et al.* 1998; Savtchenko *et al.* 1998). Uradne ocene za leto 1996 govorijo, da je kar 66% novih primerov okužb z virusom HIV povezanih z intravenoznim uživanjem drog, isti uradni vir za leto 1997 navaja 51% takih primerov, medtem ko nekatere druge študije ocenjujejo, da se številka giblje med 74 in 90% (Harstock, Kozlov 1998). Področja, kjer se okužba z virusom HIV hitro širi, so: Kaliningrad od januarja leta 1996, Krasnodar, Nočni Novgorod, Tumen, Rostov, Tver in Tula pa so mesta, kjer so zaznali hitro širjenje virusa v letu 1997 (Pokrovsky *et al.* 1998; Burrows *et al.* 1998; Leinikki 1997). V Rusiji poročajo o primerih okužb z virusom HIV med populacijo uživalcev drog s 56 področij izmed skupno 59, kjer so zaznali okužbe z virusom HIV, lokalni viri pa nakazujejo izbruh hitrega širjenja virusa v letu 1998 tudi na področjih Belgoroda in Sverdlovska.

Leto po tem, ko so o hitrem širjenju virusa HIV poročali iz Ukrajine, so podobna poročila prišla iz Belorusije. Na jugu Belorusije, v mestu Svetlogorsk, je bila maja 1996 prevalenca HIV med intravenoznimi uživalci drog ocenjena na 18%, že v juliju pa so se ocene prevalence povzpele na 50% (Khodakevich *et al.* 1997). Leta 1997 izvedene laboratorijske analize ostankov krvi v brizgah uživalcev drog so pripeljale do ocene, da je v Belorusiji 67% uživalcev drog HIV pozitivnih (Bezruchenko-Novachuk, Romantsov 1998). Leta 1995 so beležili le 7% novih primerov okužb z virusom HIV med intravenoznimi uživalci drog, do konca leta 1997 pa je bilo novih okužb med uživalci že 87% (Bezruchenko-Novachuk, Romantsov 1998). V Moldovi so se poročila o okužbi gibala od povprečno treh primerov na leto v obdobju 1992-1994 na sedem primerov leta 1995 in 55 primerov leta 1996; od teh je bilo 38 (69%) primerov med intravenoznimi uživalci drog (Khodakevich *et al.* 1997). Do konca leta 1997 so bili v 77% primerov od vseh okuženih z virusom HIV okuženi intravenozni uživalci drog. V Kazakstanu so junija 1996 poročali o 69 primerih okužb z virusom HIV; od takrat se je testiranje v zvezi z virusom HIV povečalo in junija 1998 so odkrili 667 primerov okužb, od tega je bilo 83% okužb med intravenoznimi uživalci drog (s. Kumar, neobjavljen tekst).

RISANJE ZEMLJEVIDA RIZIČNIH OKOLIJ

Ko govorimo o epidemijah virusa HIV, ki se dogajajo na geografskih področjih Vzhodne Evrope in jugovzhodne Azije, se zastavlja vprašanje, kaj tako hitro pospešuje širjenje okužbe z virusom HIV. Možen odgovor je gotovo pretirano zanašanje na epidemiologijo »individualnih dejavnikov tveganj«, med katere prištevamo znanje, vedenja in osebna stališča posameznikov ter zanemarjanje in nezadostno ocenjevanje tveganj, ki izvirajo iz okolja. Trenutno znanje o družbenih in materialnih dejavnikih, ki lahko pospešijo hitro širjenje okužb z virusom HIV, je še vedno skopo. S povzemanjem podatkov, ki govorijo o širjenju okužbe z virusom HIV v jugovzhodni Aziji in v državah bivše Sovjetske zveze, pridemo do sklepa, da je treba pri ocenjevanju tveganj upoštevati tudi dejavnike makro okolja, imeti v mislih, do katerih razsežnosti lahko identificiramo pogoje, ki jih narekuje okolje, ko gre za pojav in razvoj epidemij, in ugotoviti, kako nam lahko to znanje pomaga pri napovedih epidemij in njihovem preprečevanju.

ŠIRJENJE INTRAVENOZNEGA UŽIVANJA DROG

Osnovni pogoj, ki omogoča širjenje okužbe z virusom HIV med intravenoznimi uživalci drog, je seveda obstoj populacije uživalcev, ki droge uživa intravenozno. Tako v jugovzhodni Aziji kot v državah bivše Sovjetske zveze se soočajo s hitrim širjenjem intravenoznega uživanja drog. V provinci Junan je število registriranih odvisnikov (vedoč, da je številka podcenjena) dramatično porastlo v obdobju od sredine do konca osemdesetih, kar se je delno prekrilo tudi z izbruhom okužb z virusom HIV. O razmahu

intravenoznega uživanja govori podatek, da si je 75% populacije intravenoznih uživalcev drog začelo injicirati po letu 1988 (Yu *et al.* 1996). Na Kitajskem je injiciranje drog rapidno narastlo. Študije kažejo, da je pred letom 1987 redno injiciralo droge le 2% uživalcev, že od leta 1992 pa statistični pregledi prikazujejo 33% rednega intravenoznega uživanja in podatki za leto 1995 se gibljejo v razponu od 47 do 79% uživalcev, ki si drogo redno injicira. Podobna poročila dobimo tudi na drugih področjih. V novih neodvisnih državah Vzhodne Evrope, vključno z Belorusijo, Moldavijo, Rusijo in Ukrajino, od leta 1990 naprej opažajo skokovit porast intravenoznega uživanja drog (Dehne 1999). Nekatere ocene nakazujejo 700.000 intravenoznih uživalcev v Rusiji, kar je dvajsetkrat več kot leta 1990, medtem ko nekateri na podlagi porasta števila uživalcev drog, ki so bili vključeni v zdravljenje leta 1994 (91.000 pacientov), na 350.000 pacientov leta 1997 omenjajo celo število dva miljona intravenoznih uživalcev drog v Rusiji (Dehne 1999). Z naraščanjem števila intravenoznih uživalcev drog se niža starostna meja začetnikov intravenoznega uživanja in naraščajo zdravstveni problemi mladih intravenoznih uživalcih drog, ki se pojavijo že kmalu na začetku kariere intravenoznega uživanja (Ball *et al.* 1998; Dehne *et al.* 1999).

Pojavnost injiciranja drog je verjetno večja v okoljih, kjer se proizvajajo droge, ki se jih lahko vbrizgava. V precejšnjem številu držav južne in jugovzhodne Azije se je z naraščajočo proizvodnjo in dostopnostjo tistih vrst opiatov, ki so primerni za vbrizgavanje, zmanjševala proizvodnja opiatov, primernejših za kajenje, s čemer se je pospešil prehod s kajenja opija in heroina na injiciranje. Na ta prehod je vplivala tudi vpeljava restriktivnejših zakonov in prepovedi, ki zadevajo proizvodnjo in preskrbo trga z drogami (Stimson 1997; Crofts *et al.* 1998; Poshyachinda 1993; Gray 1995; Seccombe 1995), ter sprememba tehnologij v proizvodnji in uporabi drog (Sarkar *et al.* 1994). V Indiji se je prehod s kajenja heroina na injiciranje farmacevtskega buprenorphina pojavil v kontekstu zmanjšane preskrbljenosti tržišča s heroinon, kar je posledica uveljavljanja represivne zakonodaje, hkrati s tem pa se je kot sredstvo za zdravljenje abstinenčnih kriz pri zdravljenju odvisnih od kajenja heroina povečala razpoložljivost in dostopnost buprenorphina, primernega za injiciranje (Sarkar *et al.* 1994).

Med dejavnike, ki vplivajo na razvoj novih vzorcev uživanja drog in spodbujajo prehod k proizvodnji heroina, primernega za vbrizgavanje, lahko prištevamo tudi protiopiatne zakone, ki prispevajo k podražitvi drog, zmanjšanju čistosti opija in heroina, ki je na trgu, ter premiku trgovine in prometa na nova področja. Pridelovanje in nakup heroina za vbrizgavanje je razmeroma poceni, na črnem trgu pa je lažji tudi promet z njim (Stimson 1997; Crofts *et al.* 1998; Poshyachinda 1993). Primer in rezultat represivne obravnave problema drog je situacija v jugovzhodni Aziji, kjer so se lokalne rafinerije heroina razmahnile po akcijah proti proizvajalcem drog v Mediteranu. Pomemben dejavnik pri spodbujanju proizvodnje heroina v jugovzhodni Aziji je bilo tudi povpraševanje ameriških vojakov v Vietnamu po heroinu (Stimson 1997). Proizvodnja in promet z opiati sta bila na tem področju v rokah protikomunističnih uporniških skupin, ki so jih podpirale ZDA, pri proizvodnji in trgovini pa so sodelovale tudi posamezne družinske skupnosti. Najmočnejši vpliv na proizvodnjo heroina, hkrati s tem pa tudi na privzemanje kajenja in injiciranja heroina med lokalnim prebivalstvom, je imela v Burmi, na Tajskem in v južni Kitajski nova proizvodnja drog in nove tihotapske poti, po katerih se je trgovalo tudi z orožjem, pozneje pa še z dragimi kamni in belim blagom (Stimson 1997; Crofts *et al.* 1998; Poshyachinda 1993; Gray 1995; Seccombe 1995; Wetermeyer 1996 Stimson 1997; Crofts *et al.* 1998; Poshyachinda 1993). Povečanje uporabe heroina v Junanu neposredno povezujemo z represivnimi ukrepi, ki so se izvajali proti proizvajalcem in trgovcem s heroinom v Burmi, zaradi česar so se transportne poti s področij v Burmi preselile v provinco Junan, od koder je vodila pot naprej v Hong Kong (Stimson 1993). V zadnjem času smo priča povečanju uporabe amfetaminov na Tajskem in drugod v jugovzhodni Aziji. Ta pojav je posledica

»globalizacije« trga z drogo in restriktivnih ukrepov, uperjenih proti proizvodnji in preskrbi s heroinom, kar vse vpliva na rast domače proizvodnje amfetaminov (Gray 1995).

Na pojav in uveljavljanje novih vzorcev uživanja drog vpliva prepletanje makrodružbenih, ekonomskih in političnih sprememb. Tako se zdi, da ni naključje, da se je v državah Vzhodne Evrope uživanje drog, vključno z injiciranjem, tako hitro razširilo prav po letu 1990, ko so se te države soočile z velikimi družbenimi premiki in spremembami. Prehod k zasebni ekonomiji se je zgodil ravno v trenutku, ko se je dramatično zmanjšala domača proizvodnja, kar je sprožilo val brezposelnosti, naraščanje razlik v dohodkih in povečevanje revščine, temu pa se je pridružila še ekspanzija neformalne in kriminalne ekonomije (Barnett *et al.* 1997; Gaspard 1993; Walberg *et al.* 1998). Proizvodnja in promet z drogami, posebno proizvodnja doma pridelanih opiatov, je po letu 1991 zacvetela v Rusiji in Ukrajini (Rhodes *et al.* 1999; Pokrovsky *et al.* 1998). O vplivu družbenih razmer na zdravje prebivalstva govorijo različni pokazatelji: vzporedno naraščanje uživanja alkohola in smrtnosti (Walberg *et al.* 1998), kolera, tuberkuloza in davica (Hardy *et al.* 1996; Ingham 1995), množično naraščanje prevalence okužbe s sifilisom (Renton, Borisenko 1998), znižanje življenjske dobe prebivalstva (Walberg *et al.* 1998) in poslabšanje zdravstvenih in socialnih storitev (Barr, Field 1996).

TRGOVINA, PROMET IN MIGRACIJE PREBIVALSTVA

Razvoj na področju trgovine, transporta in komunikacijskih mrež pospešuje širjenje intravenoznega uživanja drog in s tem povezan prenos okužbe z virusom HIV (Stimson 1993; Stimson 1997; Stimson 1994; Crofts *et al.* 1998). V Manipurju sta geografska razporeditev intravenoznega uživanja drog in okuženost z virusom HIV povezani z glavnimi trgovskimi potmi skozi državo (Sarkar *et al.* 1994). Neposredna geografska bližina in ekonomska povezanost in »sproščenost« ekonomskih politik Kitajske, Burme, Tajske in Vietnama povzroča številne migracije prebivalstva, tako prek mej teh držav kot znotraj njih. V migracije prebivalstva na tem področju so še zlasti vključene tradicionalno »mobilne« populacije (Crofts *et al.* 1998; Lindan *et al.* 1997; Yu *et al.* 1996). Zvečanje migracije pogosto sproži novo širjenje intravenoznega uživanja drog in s tem povezane okužbe z virusom HIV. Zlasti na začetku so pri tem najbolj udeleženi ekonomski migranti, tranzitni potniki in etnične manjšine, ki sodelujejo pri trgovini, proizvodnji in uživanju drog (Crofts *et al.* 1998). Tak je primer rudarskih delavcev v Burmi, tajskih ribičev in voznikov tovornjakov in primer hribovskih plemen, živečih v višavjih Tajske in Burme (Stimson 1997; Crofts *et al.* 1998; Stimson 1994). Rudarska področja v Burmi so tako tudi *epidemična žarišča*, kjer se mobilnost in mešanje populacij kombinira z visoko stopnjo tveganega vedenja (Stimson 1994).

Razvoj na področjih trgovine, komunikacijskih povezav in migracije prebivalstva pospešuje tudi prenos znanja o tehnikah uporabe drog (Stimson 1993; Sarkar *et al.* 1994). Zaradi migracije prebivalstva razpadajo stare in nastajajo nove socialne mreže (Gillies *et al.* 1996). Širjenje intravenoznega uživanja drog je odvisno tudi od strukture socialnih mrež in odnosov v njih, v nekaterih skupinah je lahko več priložnosti za uživanje in injiciranje kot v drugih. Zaznana je tendenca, da se intravenozno uživanje drog pogosteje pojavlja v tistih populacijah, ki imajo zaradi dobrih dohodkov, družbenega položaja ali mobilnosti več priložnosti za eksperimentiranje z injiciranjem drog (Stimson 1993). Na razmah intravenoznega uživanja drog in širjenje okužb z virusom HIV ima vpliv tudi mešanje prebivalstva, hkrati pa razpad socialnih povezav in mrež močno ovira izvajanje preventive (Gillies *et al.* 1996). Študije, opravljene v Hong Kongu, na Tajskem in v Vietnamu, so nakazale še eno epidemično žarišče. Gre za zapore in begunska taborišča, ki so spričo velikega mešanja in koncentriranja prebivalstva na enem mestu in z veliko tveganega vedenja posameznikov prostori *geografske disperzije epidemij*, kjer se epidemije lahko razvijejo, pozneje, ko ljudje zapustijo zapor ali

taborišče, pa razširijo še na druga področja (Reynolds 1995).

Ekonomski razvoj južnega Junana je spodbudil migracije med sosednjimi državami Kitajske in znotraj predelov Junana (Yu *et al.* 1996). Velikemu razvoju trgovskih poti, ki so tekle čez to področje, se je pridružilo trgovanje z drogami. Trgovina z drogo se je po letu 1950 sicer precej zmanjšala, ponovno pa je oživela v osemdesetih, ko so se v to dejavnost vključile lokalne etnične skupine (Crofts *et al.* 1998). Že desetletje se v državah (Burma, Laos), ki mejijo na provinco Junan, zaznava visoka prevalenca okuženosti z virusom HIV med intravenoznimi uživalci drog (Zheng *et al.* 1994; Wu *et al.* 1996; Yu *et al.* 1996). Provinca je tudi blizu meje s Tajsko, kjer prav tako opažajo hitro širjenje okužb z virusom HIV (Weniger *et al.* 1991). Zbrani podatki o okuženosti z virusom HIV geografsko kažejo širjenje okužbe proti vzhodu province in v notranjost Kitajske (Crofts *et al.* 1998; Yu *et al.* 1996).

Podobno situacijo lahko opazimo v Saigonu, kjer so bili sredi osemdesetih deležni hitrega razvoja trgovine in migracij prebivalstva v urbana središča. Tako je že obstoječo trgovino z opijem podprla ekonomska politika »odprtih vrat«, ki je še okrepila trgovske povezave med sosednjimi državami Zlatega trikotnika, kjer se pridela do 20% svetovne količine opija, namenjenega za pridobivanje heroina (Lindan *et al.* 1997). V Saigonu, kjer pretežno trgujejo s Tajsko, je kar 86% primerov vseh okužb z virusom HIV med intravenoznimi uživalci drog (Crofts *et al.* 1998; Yu *et al.* 1996). V severnem Vietnamu, ki meji na Kitajsko in Laos, poročajo o velikem številu intravenoznih uživalcev drog in opažajo hitro širjenje okužbe z virusom HIV po letu 1996. V mestu Long Son, na primer, je bilo leta 1996 kar 97% novih primerov okužb med populacijo intravenoznih uživalcev drog (Lindan *et al.* 1997).

Tudi v državah, ki so nastale po padcu komunizma v Vzhodni Evropi, je širjenje intravenoznega uživanja drog in širjenje okužbe z virusom HIV povezano z migracijami prebivalstva in potekom glavnih trgovskih poti. Zaenkrat uradno še niso potrjene domneve, da so področja okoli Črnega morja, ki je priljubljena turistična točka, geografska zveza širjenja okužbe z virusom HIV med Ukrajino in Rusijo (Dehne *et al.* 1999). Mesto Krasnodar, ki ima dobre transportne povezave s pristanišči v Črnem morju, se je kot prvo mesto v Rusiji soočilo z izbruhom virusa HIV. Druga poročila ugotavljajo geografsko gibanje okužbe z virusem HIV iz Ukrajine v Rusijo. V Tumenu, srednje velikem mestu v zahodni Sibiriji, so bili vsi HIV pozitivni intravenozni uživalci drog, delavci na začasnem delu iz Ukrajine (Dehne *et al.* 1999). Molekularne študije virusnih podtipov so pokazale podobnosti pri intravenoznih uživalcih iz Kaliningrada v Rusiji, uživalcih iz Ukrajine in uživalcih iz južnejših predelov Rusije, ki so potovali v Ukrajino (Liitsola *et al.* 1998). Poleg drog, ki se jih v teh državah proizvaja doma (v nadaljevanju bo govora o tveganjih okužbe zaradi procesa proizvodnje drog), pa je širjenje virusa HIV povezano tudi s potekom oskrbovalnih poti z drogo. Tako podatki, s katerimi razpolagajo v prizadetih državah, kažejo, da se okužba z virusom HIV najhitreje širi ob poti, ki poteka iz Afganistana prek držav srednje Azije do Ukrajine in Rusije in od tam naprej v Zahodno Evropo (Burrows *et al.* 1998). Afganistan lahko tako postane »križišče« v distribuciji drog, od koder vodijo poti tako v evropske države kot v države jugovzhodne Azije.

METODE PROIZVAJANJA DROG

Na širjenje virusa HIV lahko vplivajo tudi metode proizvodnje in uporabe drog. Metode, po katerih proizvajajo droge v državah bivše Sovjetske zveze, imajo morda neposredno zvezo s prenašanem virusa HIV. Opiati, ki si jih uživalci v teh državah najpogosteje injicirajo, so doma pridobljeni derivati maka, poznani pod imeni »čorni« (črni), »kimija« (kemija), »hanka«. Doma proizvajajo tudi amfetaminom podobne droge, ki jih izdelujejo kot tekočino za vbrizgavanje; te poznamo pod imeni »Vint« ali »beli« (Rhodes *et al.* 1999). Pripravki se lahko okužijo z virusom HIV na različnih

stopnjah procesa proizvodnje drog. Z virusom so lahko okužene posode in pripomočki za mešanje, zbiranje, precejanje in prelivanje sestavin, ki se mešajo v raztopino, prav tako pa je lahko okužen tudi pribor za injiciranje, ki se uporablja pri testiranju raztopine, saj se z okuženim priborom zajema naravnost iz zbirne posode (Rhodes *et al.* 1999; Dehne *et al.* 1999; Pokrovsky *et al.* 1998). Poročila, ki prihajajo iz Belorusije, Kazakstana, Ukrajine in Rusije, govorijo, da se pri domači proizvodnji tekočih opiatov kot agent za čiščenje raztopine uporablja tudi človeška kri (Rhodes *et al.* 1999; Bolekham, Zmushko 1998). V tekočinah, ki se pridobivajo iz maka, je prisotnih tudi precej strupov, povezanih z makovimi alkaloidi (Bolekham, Zmushko 1998). Ker so anhidridi, s katerimi lahko nevtraliziramo raztopino, zaradi visoke cene in ilegalne proizvodnje drog nedostopni, jih proizvajalci nadomeščajo s krvjo. Neka študija, ki so jo opravili v Rusiji, prikazuje, da je za prečiščenje enega kozarca tekočine dovolj nekaj kapljic sveže krvi (4-5 ml) in možnost, da se uživalci okužijo z virusem HIV že po eni injekciji tako pridobljene raztopine, je izredno visoka (Bolekham, Zmushko 1998).

DRUŽBENE NORME IN KULTURE UŽIVANJA DROG

Družbena sprejemljivost in »normalizacija« injiciranja drog lahko prispeva k hitrejšemu privzemanju injiciranja kot zaželene oblike uporabe drog (Stimson 1993). Razmah intravenoznega uživanja drog v državah jugovzhodne Azije je sovpadel s preoblikovanjem trgovine in transporta, v postkomunističnih državah pa je povezan s prehodom v ekonomije prostega trga. K hitremu širjenju virusa HIV in prehodu na intravenozno uživanje drog je morda prispevala tudi že obstoječa kulturna sprejemljivost uživanja opiatov. Injiciranje drog je razmeroma nov pojav na Kitajskem, v Laosu, Indiji, Burmi in Vietnamu. V Hong Kongu se je pojavilo v začetku petdesetih, na Tajskem pa v šestdesetih letih, medtem ko je kajenje opija v državah Zlatega trikotnika že dolgo kulturno sprejemljivo (Stimson 1993; Crofts *et al.* 1998; Poshyachinda 1993). Podobno je z uporabo opija tudi v postkomunističnih državah, kjer uživanje opija ni nov fenomen, pa tudi pridelava opijskega maka je v nekaterih predelih Rusije, Ukrajine in srednje Azije že tradicionalna. Nedavne študije v Rusiji in Ukrajini so pokazale malo verjetnosti, da bi se na injiciranje drog gledalo kot na »neobičajno« vedenje, ki zahteva posebno obravnavo in specialistično znanje, in če upoštevamo dejstvo, da so se v Indiji namesto predpisovanja oralnega buprenorphina pri zdravljenju odvisnosti od kajenja opiatov raje odločili za predpisovanje buprenorphina za injiciraje, potem se zdi, da obstaja v družbi visoka stopnja naklonjenosti injiciranju (Veeken 1998; Rhodes, Fitch, neobjavljen tekst).

METODE DISTRIBUCIJE DROG

V državah bivše Sovjetske zveze je hitro širjenje virusa HIV povezano tudi z načini razpečevanja drog. Obstajata dva načina, kako se v procesu distribucije drog pojavlja že pripravljena raztopina in z njo veliko tveganje okužbe. V prvem primeru gre za prodajo že napolnjenih brizgalk, v drugem primeru pa za »*front-loading*«, kar pomeni, da uživalec napolni svojo brizgalko z raztopino iz dilerjeve ali darovalčeve brizge. Na ta način diler svojo 10 mililitrsko brizgo ali večjo posodo z raztopino uporablja kot »mero« pri prodaji raztopine (Rhodes *et al.* 1999; Dehne *et al.* 1999). Tako distribucijo drog določajo različni vzroki. Večkrat bo do tovrstne prodaje prišlo v okoljih, kjer je treba zaradi ilegalnosti uživanja drog hitro izvesti prodajo med dilerjem in stranko, obenem pa tak način omogoča enostavno merjenje količin prodajane raztopine in lažji transport. Okoliščina, ki bo spodbujala tako prodajo, je tudi proizvodnja drog, ki poteka drugje kot prodaja (T. Rhodes, C. Fitch, neobjavljeno delo).

Metode distribucije drog vplivajo na tveganje glede okužbe z virusom HIV tudi v državah jugovzhodne Azije. Kot primer tveganega uživanja drog lahko navedemo situacijo v Saigonu, kjer se uživalci zadevajo v zakotnih ulicah, v t. i. »*shooting galleries*«.

(Op. prev.: to so zapuščene, zanemarjene zgradbe, ki nimajo nič skupnega s »*shooting rooms*«, kakršne poznajo v nekaterih zahodnoevropskih državah, kjer uživalci v urejenih prostorih na čist in varnejši način uživajo drogo. Ta dva izraza se v žargonu zmanjševanja škode pogosto uporabljata, vendar ju nepoznavalci zamenjujejo in pomenita dve popolnoma različni situaciji.) V njih delujejo »poklicni vbrizgovalci«, ki sami pripravijo raztopino, z njo napolnijo brizgo in jo vbrizgajo uživalcu. Pri tem več različnih »vbrizgovalcev« uporablja eno in isto posodo, iz katere zajemajo raztopino (Ball *et al.* 1998; Lindan *et al.* 1997). Take »*shooting galleries*« so razmeroma varen prostor za zadevanje (zlasti zaradi strahu uživalcev, da bi policija pri njih odkrila pribor za injiciranje), toda metoda, po kateri delujejo, zagotovo izniči vsakršne poskuse posamičnega uživalca, da bi zmanjšal tveganje glede okužbe.

PRAVNO IN POLITIČNO OKOLJE

Dve temeljni okoliščini, ki poslabšujeta možnost učinkovite zaustavitve epidemij okužb z virusom HIV, sta pomanjkanje organizacijske infrastrukture in virov, s pomočjo katerih bi lahko razvili hiter odgovor, in politično okolje, ki največkrat zavira razvoj intervencij v javnem zdravstvu (Brudtland 1999; Grund *et al.* 1992; Lurie *et al.* 1995; Drucker 1995; Lurie, Drucker 1997; Strathdee *et al.* 1998). Okoliščina, ki tako v azijskih državah kot državah bivše Sovjetske vpliva na visoko stopnjo izmenjave pribora, vključno s souporabo doma narejenih pripomočkov za vbrizgavanje, je tudi nedostopnost in pomanjkanje igel in brizg (Sarkar *et al.* 1994; Lindan *et al.* 1997; Wu *et al.* 1996; Stimson 1994). Še več, primanjkuje celo sterilne vode in varekine, ki je v rabi kot sredstvo za razkuževanje pribora, s čimer so še dodatno oteženi napori uživalcev, da bi tveganje okužbe zmanjšali vsaj s čiščenjem pribora (Gray 1995).

Kljub temu, da v številnih državah politike javnega zdravstva prepoznavajo nujnost intervencij na področju uživanja drog, pa imata na tem področju dominantno vlogo še vedno represivna zakonodaja (ki po navadi grozi z ostrimi kaznimi) in krčenje oskrbe in ponudbe (Drucker 1995; Crofts *et al.* 1998; Singh 1998). Kljub dvajsetletni represivni obravnavi problematike drog se globalna ekspanzija trgovine z drogami in širjenje uživanja drog z injiciranjem nadaljujeta (Drucker *et al.* 1998; Stimson 1993). Politike nadzora drog lahko še dodatno prispevajo k hitrejšemu propadu uživalcev, še zlasti, ker jih omejujejo glede možnosti intervencij javnega zdravstva (Koester 1994; Stimson 1994). Policija s formalnimi in neformalnimi osebnimi (varnostnimi) pregledi, s katerimi lahko pri uživalcih odkrije pribor, neizogibno vpliva na povečano souporabo pribora za uživanje drog in s tem pospešuje potencialno nevarnost širjenja okužb z virusom HIV (Drucker 1995; Lurie, Drucker 1997; Hurley *et al.* 1997; Koester 1994; Drucker *et al.* 1998). V kakšne razsežnosti lahko gredo strukturne ovire, ki vplivajo na preventivno dejavnost glede okužb z virusom HIV, lahko vidimo na primeru Burme. V Burmi nista z zakonom prepovedana le posedovanje in prodaja drog, ampak tudi samo uživanje; vsakršno informacijo o tem, da kdo uživa droge, pa je treba prijaviti oblastem. Taka politika do drog neposredno vpliva na izvajanje preventive in ovira opravljanje terenskega dela. Ob represivni zakonodaji negativno vpliva na izvajanje preventive z uživalci drog tudi omejevanje dejavnosti nevladnih organizacij in prepoved dostopa do kakršnega koli pisnega gradiva v zaporih (Stimson 1994). Tudi na Kitajskem prevladuje politika omejevanja preskrbe z drogo in vsa prevencija temelji predvsem na prostovoljni ali prisilni detoksikaciji v tako imenovanih prevzgojnih ali rehabilitacijskih centrih. Tako, z zakonom naloženo zdravljenje odvisnosti je običajna praksa tudi v Burmi in Maleziji. Evalvacije (ne)uspešnosti prisilnega zdravljenja kažejo, da se odstotek tistih, ki po prisilnem zdravljenju ponovno padejo v droge, giblje med 70 in 90% (Crofts *et al.* 1998; Scorzelli 1992). Vsem tem okoliščinam lahko dodamo še podatek, da niti na Kitajskem niti v Maleziji in Burmi ni dokumentiranih primerov metadonskih programov zdravljenja zasvojenosti in tudi

nobenih podatkov o obstoju programov izmenjave ali distribucije igel in brizg ne (Htoon *et al.* 1994; Ismail 1998).

V času najhujše epidemije širjenja virusa HIV države jugovzhodne Azije niso izvajale programov zmanjševanja škode, danes pa je v nekaterih državah že mogoče zaslediti nekatere oblike teh programov. V Hanoju in Sajgonu v Vietnamu in v nekaterih delih Tajske so kot odgovor na rast uživanja drog in okužb z virusom HIV razvili integrirane javnozdravstvene intervencije in mednje vključili programe izmenjave igel in brizg, ki jih financira vlada, poskusne ali že potrjene metadonske programe, vrstniško svetovanje in terensko delo (Ball *et al.* 1998; Gray 1995; Crofts *et al.* 1998). Med drugimi, dobro dokumentiranimi primeri integriranega odgovora javnega zdravstva na obstoječo problematiko lahko naštejemo Katmandu, kjer imajo programe izmenjave igel in brizg, metadonsko obravnavo in terensko delo v skupnosti (Peak *et al.* 1995; Crofts *et al.* 1998; Shresta *et al.* 1995), Manipur, Madras, Kalkuto, kjer so razvili dobre programe vrstniškega terenskega dela, ki vključuje tudi programe izmenjave igel in brizg (Kumar *et al.* 1998; Langkham *et al.* 1997; Panda *et al.* 1998), in Delhi, kjer spodbujajo tudi organiziranje uživalcev drog, terensko delo, izmenjavo igel in brizg in zdravljenje odvisnosti z buprenorhinom (Brudtland 1999). Kljub vsem tem programom je v omenjenih državah dostopnost in distribucija pripomočkov za injiciranje še vedno zelo omejena in otežena, bistvena ovira pri tem je strah uživalcev drog pred aretacijo (Lindan *et al.* 1997).

V državah bivše Sovjetske zveze je širjenje virusa HIV spodbudilo politično podporo preventivnim programom. V zadnjem času je ruska Duma sprejela odločitev o nujnosti delovanja na področju preprečevanja okužb z virusom HIV. Ministrstva za zdravstvo, šolstvo, notranje zadeve in obrambo skupaj s službami Združenih narodov pripravljajo oceno potreb po preventivni dejavnosti glede okužb z virusom HIV; ob tem ministrstvo za zdravstvo spodbuja posamezne regionalne AIDS centre, naj se posvetijo tudi preventivnemu delu z intravenoznimi uživalci drog. V Ukrajini je bil marca 1998 sprejet amandma k zakonu o »preventivi AIDSa in o socialni zaščiti prebivalstva«, na podlagi katerega je sedaj mogoče uvajati in izvajati metode zmanjševanja škode, vključno s programi izmenjave igel in brizg. Od leta 1996 ukrajinski Nacionalni odbor za preventivo AIDSa in zlorabe drog ob tehnični podpori služb Združenih narodov razvija tudi politike in strategije javnega zdravstva, katerih cilj je delo z intravenoznimi uživalci drog (Kobyshcha *et al.* 1996; Khodakevich *et al.* 1996).

V nekaterih državah bivše Sovjetske zveze so na voljo podatki o posameznih dejavnostih na področju preventive glede okužbe z virusom HIV. Programi izmenjave igel in brizg potekajo v Belorusiji, Moldaviji, Kazakstanu, Rusiji in Ukrajini (Ball *et al.* 1998; Burrows *et al.* 1998). V St. Peterburgu v okviru programa izmenjave igel in brizg, ki ga izvaja nevladna organizacija Renaissance, od leta 1997 deluje poseben avtobus, namenjen terenskemu delu z uživalci drog (Burrows *et al.* 1998). Zaživeli sta prvi intervenciji v zaporih v državah bivše Sovjetske zveze: v Moldaviji so ustanovili program izmenjave igel in brizg v zaporu, v ukrajinskih zaporih poteka poskusni program razdeljevanja kondomov, varekine in navodil o čiščenju pribora za intravenozno uživanje drog (Ball *et al.* 1998). V Moskvi deluje program terenskega dela, v katerem sodelujejo bivši uživalci drog. Na terenu razdeljujejo letake in kondome ter dajejo informacije glede testiranja v zvezi z virusom HIV in informacije o možnostih vključevanja v druge programe in službe, ki obravnavajo odvisnost (Burrows *et al.* 1998). V okviru projekta Jaroslav deluje mobilna enota izmenjave igel in brizg, razvijajo pa tudi vrstniško svetovanje, katerega namen je delovanje prek vrstniških mrež (Madray *et al.* 1998). S tem projektom so na podlagi predhodne evalvacije pokazali pozitivne rezultate izvajane intervencije, statistično so dokazali zmanjšanje souporabe pribora (Madray *et al.* 1998). Žal zelo restriktiven zakon o »narkotikih« (iz leta 1998) v Rusiji potencialno omejuje in negativno vpliva na rezultate programov izmenjave igel in brizg. Situacija je v državah bivše Sovjetske zveze, kjer so priča hitremu širjenju virusa HIV, slaba tudi

glede metadonskih programov. Medtem ko v večini srednje- in vzhodnoevropskih držav potekajo metadonski substitucijski programi zdravljenja odvisnosti, v državah bivše Sovjetske zveze ne deluje niti en tak program (Ball *et al.* 1998).

UČINKOVIT ODGOVOR

Hitro širjenje okužb z virusom HIV med intravenoznimi uživalci drog v jugovzhodni Aziji in v državah bivše Sovjetske zveze se je pojavilo v kontekstu, za katerega so bile značilne hitre družbene in ekonomske spremembe. Zdi se, da so v teh okoljih prav omenjeni procesi sprememb vplivali na hitro širjenje okužb z virusom HIV, še zlasti slabo so jo v teh razmerah odnesle marginalizirane skupine prebivalstva. »Rizično okolje« pomeni medsebojno učinkovanje različnih »eksogenih« dejavnikov, ki »od zunaj« trčijo ob kapacitete ravnanja posameznika glede zmanjšanja tveganja, v našem primeru ob posameznikove zmožnosti ravnanja glede zaščite pred okužbo z virusom HIV. Te zunanje dejavnike, med katerimi izstopajo migracije prebivalstva, trgovina, proizvodnja in promet z drogo in politika (i)legalnosti, smo že pokazali. V takih kontekstih, kjer se rizično okolje prepleta z visokim tveganim vedenjem posameznikov, kot je npr. souporaba pribora za injiciranje ali nezaščiteni spolni odnosi, se širjenje okužbe ne bo zaustavilo. Lahko rečemo, da v rizičnem okolju mediirata potencialna uspešnost posameznika, da ravna s tveganji, in odgovor, ki ga je zmožna dati lokalna skupnost. To nas privede do treh med seboj povezanih zaključkov.

PREMIK PARADIGME

Prvi del odgovora je potreba po »premiku paradigme« na področju metod ocenjevanja in odziva. Preventiva v zvezi s širjenjem virusa HIV ostaja v raziskovanju vse preveč priklenjena na epidemiološki prijem ugotavljanja »dejavnikov tveganja«, v načrtovanju in izvajanju intervencij pa na »individualni« prijem. Sodobna epidemiologija je »slabo opremljena za naslavljanje nadzorovanja epidemij« (Susser, Susser 1996), vedno bolj je očitno, da se lahko učinkovita preventiva v zvezi s HIV bolj kot na nadaljnje drobljenje raziskovalnih metod ocenjevanja in odziva in delitve med disciplinami opre le na njihovo medsebojno »povezovanje« in dopolnjevanje (Rhodes *et al.* 1999; Stimson *et al.* 1999; Rhodes, Moore 1999).

Vedno več je dokazov za nujnost »premika paradigme« v smeri javnozdravstvenih modelov ocenjevanja, ki poudarjajo kontekst okolja in politični kontekst kot dejavnika, ki pomembno osvetljujeta razumevanje spreminjanja vedenja na individualni in skupnostni ravni (Brudtland 1999; Yen, Syme 1999; Susser, Susser 1996; Krieger, Zierler 1996). Kljub povedanemu na področju preventive HIV in tudi na drugih področjih še vedno ostaja ločevanje med na eni strani *zagovorništvom* nujnosti, da je treba »rizično okolje« razumeti, in na drugi strani *aplikativnostjo* metod, katerih namen je reproduciranje dominantne »individualistične« paradigme razlaganja bolezni in odzivov nanjo (Rhodes 1997; Stimson 1996; Friedman, O'Reilly 1997; Gillies *et al.* 1996; Tawil *et al.* 1995; O'Reilly, Piot 1997).

Prav »premik paradigme« ponuja nove možnosti za raziskovanje in preventivo okužbe s HIV. Raziskovalne metode lahko vidimo kot niz dopolnjujočih se orodij. Odločitev, katere bomo pri raziskovanju dejansko uporabili, naj temelji na oceni, ki bo upoštevala praktične in znanstvene rezultate (Ball *et al.* 1998; Rhodes *et al.* 1999; Stimson *et al.* 1999). Če naj rezultat raziskovanja, ocena, pelje k učinkovitemu odzivu, potem zahteva prijem, ki bo omogočil zbliževanje med družboslovnim raziskovanjem »pomena« in »konteksta« tveganega vedenja in epidemiološkim raziskovanjem »gostitelja« in »okolja« (Agar 1995). V tem oziru gre za vedno večjo sprejemljivost uporabe kvalitativnih metod v raziskovanju, ki so v pomoč pri oblikovanju, dopolnjevanju in interpretaciji epidemioloških meritev »okolja«, kot tudi za izkazan večji interes po prijemu, ki upošteva množico metod in »hitro oceno situacije« (Rhodes *et al.* 1999; Stimson *et al.* 1999; Agar 1995; Rhodes

Moore 1999). Potencial, ki ga prinaša tak prijem, je tudi v možnosti, da je sama ocena situacije sestavni del skupnostnega razvoja, javnega delovanja in večsektorskega razvoja intervencij, kjer je analizi in spreminjanju rizičnega okolja namenjena osrednja in ne le obrobna pozornost.

JAVNOZDRAVSTVENI PRIJEM

Poleg družbenega okolja je hitrost drugi dejavnik, ki vpliva na učinkovitost odziva javnega zdravstva na določeno situacijo. Pri preventivi HIV med intravenoznimi uživalci drog je ključna zgodnja intervencija (Stimson 1996; Des Jarlais *et al.* 1995). Ko je prevalenca HIVa med intravenoznimi uživalci drog 10%, lahko v obdobju od enega do štirih let preseže 40 ali 50% (Des Jarlais *et al.* 1996). Vedeti je treba, da se epidemija HIVa med intravenoznimi uživalci širi hitreje, kot je na voljo časa za odziv in razvoj ustrezne preventive in politik (Stimson 1997). Pogosto tudi mine kar nekaj let, preden epidemija postane očitna (Des Jarlais *et al.* 1994). Ko prevalenca doseže visoko stopnjo, se lahko tam zadrži kar nekaj let (Stimson 1997; Des Jarlais *et al.* 1994; Zheng *et al.* 1998; Des Jarlais *et al.* 1998).

Intervencije, ki so jih razvili pri preprečevanju epidemije HIVa najuspešnejših državah, poudarjajo hitro preusmeritev na »uporabnikom prijazne« in »nizkopražne« službe, ki temeljijo na skupnostnem prijemu in sta jih podprla politika in javno mnenje (Brudtland 1999; Stimson 1996; Strathdee *et al.* 1998; Des Jarlais *et al.* 1995). Kot uspešne in učinkovite intervencije so se v praksi pokazale tiste, ki so razvile terensko delo (Kumar *et al.* 1998; Langkham *et al.* 1997; Panda *et al.* 1998; Coyle *et al.* 1998), delovanje prek vrstniških in socialnih mrež (Madray *et al.* 1998; Neaigus 1998), intervencije v skupnosti (Friedman, O'Reilly 1997; Crofts *et al.* 1998), legalen dostop do sterilnega pribora za injiciranje (Hurley *et al.* 1997; Strathdee *et al.* 1998; Peak *et al.* 1995; Vlahov, Junge 1998; Des Jarlais *et al.* 1996) in nizkopražno zdravljenje z nadomestnimi substancami, kamor prištevamo tudi metadon (Drucker *et al.* 1998; Shresta *et al.* 1995; Hartel, Schoenbaum 1998). Podatki kažejo, da je zgodnje vpeljevanje takih intervencij učinkovito pri spreminjanju vedenja posameznikov in v skupnosti. Tako v razvitih državah kot v državah v razvoju je preventiva na področju HIVa pokazala, da so vsi ti pogosto našteti principi »novega« javnozdravstvenega prijema uspešni le, če se tudi dejansko izvajajo (Brudtland 1999). Na tak način so posamezne države zagotovile redke primere »novih« javnozdravstvenih praks (Stimson 1996; Strathdee *et al.* 1998).

Nasprotno je v makroekonomskem in političnem okolju uveljavljanje sprememb manj uspešno. Sorazmerna uspešnost zmanjševanja tveganega vedenja med uživalci drog na individualni in skupnostni ravni je omejena z »okoljem tveganja« (Tawil *et al.* 1995). Zaskrbljujoče je, da lahko družbeno, ekonomsko, pravno in politično okolje omejuje potencialni vpliv intervencij, ki so usmerjene na zmanjševanje tveganja, v številnih državah pa nenaklonjeno okolje ovira, preprečuje in zadržuje njihovo vpeljevanje (Gillies *et al.* 1996; Grund *et al.* 1992; Lurie *et al.* 1995; Drucker 1995; Lurie, Drucker 1997; Crofts *et al.* 1998). Tako je lahko zahteva po hitrem odzivu kot nujnosti pri zaustavljanju epidemij precejšen izziv za okolje, ki nasprotuje uveljavljanju preventivnih dejavnosti v zvezi s HIVom ali jih ovira. V razvitih državah in v državah v razvoju lahko med ključne makroekonomske dejavnike, ki omejujejo uspešnost preventive med intravenoznimi uživalci drog uvrstimo:

- hitre družbene in gospodarske spremembe in pomanjkanje sredstev v gospodarstvu,
- pomanjkanje tradicije javnega zdravstva in temu ustrezne infrastrukture,
- pomanjkanje nevladnih organizacij in infrastrukture za delovanje skupnostnih organizacij,
- geografsko lokacijo in fizični prostor,
- prevlado politik, ki poudarjajo represivne ukrepe in kontrolo drog pred javnim zdravjem,
- skupnostni, kulturni in politični odpor do metod »zmanjševaja škode« (Brudtland 1999; Gillies *et al.* 1996; Drucker 1995;

Strathdee 1998; Seccombe 1995).

Usmerjenost zlasti v represivne ukrepe in kontrolo drog lahko celo zaostri in pospeši širjenje virusa HIV med intravenoznimi uživalci drog (Drucker 1995; Crofts *et al.* 1998; Gray 1995). Čeprav so na voljo podatki, da javnozdravstveni ukrepi zahtevajo manj sredstev in so stroškovno učinkovitejši, in to ne le v ekonomskem smislu, ampak tudi v smislu človeških virov, pa v številnih državah še naprej vztrajajo pri represivnih metodah obravnavanja uživanja drog (Drucker *et al.* 1998; Bloom, Goldwin 1997).

NAPOVEDOVANJE IN PREDVIDEVANJE EPIDEMIJ

Razumevanje okolja tveganja pelje k možnostim predvidevanja in k boljši preventivi hitrega širjenja virusa HIV. Poročila iz Katmanduja, Rusije in Ukrajine nakazujejo, da nevarnost novih epidemij med intravenoznimi uživalci drog ostaja. Ocena razmer in ugotavljanje pogojev v okoljih, ki pospešujejo razmah epidemij, kažeta na potrebo, da se vzpostavi ustrezna infrastruktura za izvajanje preventive, še preden se pojavi hitro širjenje okužbe. Razmere v številnih južno- in jugovzhodnoazijskih državah so take, da obstajajo stalne možnosti za izbruh novih epidemij virusa HIV. V Laosu, na primer, ki leži na meji med Burmo, Tajsko in Vietnamom, narašča trgovanje vštric meje, številne so migracije prebivalstva. Naraščajoča trgovina s heroinom na tem področju olajšuje prehod od kajenja opija k injiciranju heroina, saj postaja heroin vse bolj dostopen. Prehod od kajenja k injiciranju heroina pa poleg vse večje ponudbe heroina pospešuje tudi »vsakdanjost injiciranja«; injiciranje postaja tudi v zdravstvenih ustanovah vedno običajnejša praksa in za ljudi injekcija ni več nekaj nenavadnega.

Med aktualnimi žarišči epidemij lahko omenimo tudi Dako, Bangladeš (Bloem *et al.* 1998) in Kalkuto (Panda *et al.* 1997), kjer prehod od kajenja k injiciranju spremlja visoka stopnjo souporabe igel in brizg. Nevarnost izbruha in širjenja okužbe z virusom HIV med intravenoznimi uživalci drog se kaže tudi v državah, ki imajo trgovske in transportne povezave z Rusijo in Ukrajino, vključno z Armenijo, Azerbejdžanom, Kazakstanom, Latvijo in Litvo. Med države, kjer obstaja možnost izbruha epidemij, lahko uvrstimo balkanske države, čez katere tečejo poti tihotapljenja drog (Dehne *et al.* 1999). V državah jugovzhodne Azije je rekonstrukcija širjenja virusa HIV med intravenoznimi uživalci drog pokazala, da se posamezne epidemije pojavljajo kot sečišča »subregionalnih« epidemij (Stimson 1994). Te ugotovitve lahko vplivajo na nadaljnje napovedi epidemij in na načrtovanje političnih odzivov, ki bodo upoštevali nujo po preseganju državnih in lokalnih meja.

SKLEP

V državah jugovzhodne Azije se je preventiva uveljavila desetletje po prvi epidemiji virusa HIV. Rečemo lahko, da so izbruhi epidemij precej manj odsev sedanje metodologije javnega zdravstva, kot so posledica raznovrstnih procesov, zaradi katerih nastajajo okolja, ki s svojimi razmerami pospešujejo širjenje intravenoznega uživanja drog in virusa HIV. Učinkovita preventiva zahteva ocenjevanje mikro in makro okolij tveganja in intervencije, ki so usmerjene v spremembe v družbi in okolju. Pomembno je postavljanje takih javnih politik, ki podpirajo »javno zdravje« in pospešujejo zmanjševanje tveganj pri posameznikih in v skupnosti. Toda spremembe na ravni skupnosti, ki lahko spodbudijo posameznike, da spremenijo svoje vedenje, še ne nadomestijo nujnega spreminjanja rizičnih okolij.

Literatura

M. Agar (1995), Recasting the 'ethno' in 'epidemiology'. *Med Anthropol,* 16: 1-13.

Asian Harm Reduction Network (1998), *The Hidden Epidemic: A Situation Assessment of drug Use in South East and East Asia in the Context of HIV Vulnerability.* Melbourne: AHRN.

A. Ball (1998), Policies and interventions to stem HIV-1 epidemics associated with injecting drug use. V: G. V. Stimson, D. C. Des Jarlais, A. Ball (ur.), *Drug injecting and HIV Infection.* London: UCL Press (201-232).

A. Ball, S. Rana, K. L. Dehne (1998), HIV prevention among injecting drug users: Responses in developing and transitional countries. *Public Health Rep,* 113: 170-181.

T. Barnett, A. Whiteside, L. Khodakevich *et al.* (1997), *The Social and Economic Impact of HIV/ AIDS in Ukraine.* Kijev: British Council.

M. Bernard (1993), Needle sharing in context: Patterns of sharing amongst men and women injectors and HIV risks. *Br J Addiction,* 88: 805-812.

D. A. Barr, M. G. Field (1996), The current state of jealth in the former Soviet Union: implications for health care policy and reform. *Am j Public Health,* 86: 307-312.

M. Berzuchenko Novachuk, V. Romantsov (1998), Sentinel surveillance conducted within the frame of the project of HIV prevention among IDUs in the town of Svetlogorsk, Gomel region, Belarus (abstract 43467). *XII International Conference on AIDS.* Ženeva, julij 1998.

M. Bloem, S. Sarkar, A. Chatterjee *et al.* (1998), Injecting drug use in Dhaka, Bangladesh: potential for ignitable epidemic (abstract 23215). *XII International Conference on AIDS.* Ženeva, julij 1998.

D. Bloom, P. Godwin (1997), The Economics of HIV and AIDS: The Case of South and East Asia. Oxford: Oxford University Press.

V. Bolekham, E. I. Zmushko (1998), Home-made drugs as an active factor oh HIV transmission in Russia (abstract 23186). *XII International Conference on AIDS.* Ženeva, julij 1998.

G. H. Brudtland (1999), The way ahead for WHO. *Address to the 103rd Session of the WHO Executive Board.* WHO Ženeva.

D. Burrows, T. Rhodes, F. Trautmann *et al.* (1998), HIV associated with drug injecting in Eastern Europe. *Drug Alc rev,* 17: 452-463.

D. D. Celentano, J. Jittiwutikorn, M. Hodge, C. Beyrer, K. E. Nelson (1998), Epidemiology of HIV-1 infection in opiate users in Northern Thiland. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovir,* 17: 73-78.

S. L. Coyle, R. H. Normand, J. Normand (1998), Outreach-based HIV prevention for injecting drug users: A reviw of published outcomes data. *Public Health Rep,* 113: 19-30.

N. Crofts, G. Reid, P. Deany (1998), Injecting drug use and HIV infection in Asia. *AIDS,* 12: S69-S78.

N. Crofts, G. Costigan, P. Narayan *et al.* (1998), Harm reduction in Asia: A successful response to hidden epidemics. *AIDS,* 12: S109- S115.

K. L. Dehne (1999), *The determinants of the AIDS Epidemic in Eastern Europe.* Ženeva: Monitoring the AIDS Pandemic (poročilo).

K. L. Dehne, L. Khodakevich, F. F. Hamers, B. Schwartlander (1999), The HIV/ AIDS epidemic in eastern Europe: recent patterns and trends and their implication for policy-making. *AIDS,* 13: 741-749.

D. C. Des Jarlais, K. Choopanya, S. Vanichsein *et al.* (1998), The long-term course of the HIV epidemic among injecting drug users in Bangkok, Thailand (abstract 13129). *XII International Conference on AIDS.* Ženeva, Julij 1998.

D. C. Des Jarlais, S. R. Friedman, J. L. Sotherhan *et al.* (1994), Continuity nad change within an HIV epidemic: injecting drug users in New York City, 1984 through 1992. *J Am Med Assoc,* 271:121-127.

D. C. Des Jarlais, H. Hagen, S. R. Friedman *et al.* (1995), Maintaining law HIV seroprevalence in populations of injecting drug users. *J Am Med Assoc,* 274: 1226-1231.

D. C. Des Jarlais, M. Marmor, D. Paone *et al.* (1996), HIV incidence among injection drug users in New York City syrenge-exhange programmes. *Lancet,* 348: 987-992.

D. C. Des Jarlais, T. Perlis, S. R. Friedman *et al.* (1998), Declining seroprevalence in a very large HIV epidemic: Injecting drug users in New York City, 1991-1996. *Am J Public Health,* 88: 1801-1086.

D. C. Des Jarlais, G. V. Stimson, H. Hagan *et al.* (1996), Emerging HIV infectious diseases and the injection of illicit psychoactive drugs. *Curr Opin Public Health,* 2: 130-137.

E. Drucker (1995), Harm reduction: A public health strategy. *Curr Issues Public Health,* 1: 64-70.

E. Drucker, P. Lurie, A. Wodak, P. Alcabes (1998), Measuring harm reduction: The effects of needle and syrenge exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV. *AIDS,* 12: S217-S230.

S. R. Friedman (1998), HIV-related politics in long-term perspective. *AIDS Care,* 10: S93- S104.

S. R. Friedman, B. Jose, B. Stepherson *et al.* (1998), Multiple racial/ ethnic subordination and HIV among drug injectors. V: M. Singer (ur.), The Political Economy od AIDS. New York: Bayword (131-148).

S. R. Friedman, A. Neaigous, B. Jose *at al.* (1997), Sociometric risk networks and HIV risk. *Am J Public Health,* 87: 1289-1296.

S. R. Friedman, K. O'Relly (1997), Sociocultural interventions at the community level. *Aids,* 11: S201-S208.

V. Gaspard (1993), Labour market and employment in Russia: Begining of changes. *NATO Economic Colloqium on Economic Developments in Cooperation Partner Countries.* Brusel, julij 1993.

P. Gillies, K. Tolley, J. Wolstenholme (1996), Is AIDS a disease of poverty?. *AIDS care,* 8: 351-363.

J. Gray (1995), Operating needle echange in the hills of Thailand. *AIDS Care,* 7: 483-499.

J. P. Grund, L. S. Stern, C. D. Kaplan, N. F. Adraans, E. Drucker (1992), Drug use context and HIV-consequence: The effect of drug policy on patterns of everyday drug use in Rotterdam and the Bronx. *Br J Addiction,* 87: 41-52.

R. L. Gurubacharya, V.-L. Gurubacharya, J. S. Bakundole (1998), Prevalence of HIV amongst intravenous drug abusers in Khatmandu (abstract 232246). *XII International Conference on AIDS.* Ženeva, julij 1998.

F. F. Hammers, V. Batter, A. M. Downs *et al.* (1997), The HIV epidemic associated with injecting drug use in Europe: Geographic and time trends. *AIDS,* 11: 1365-1374.

I. R. B. Hardy, S. Ditman, R. W. Sutter (1996), Current situation and control strategies for resurgence of diphtheria in newly independent states of former Soviet Union. *Lancet,* 347: 1739-1744.

P. Harstock, A. P. Kozlov (1998), Epidemiology of drug abuse-related HIV in Russia (abstract 23184). *XII International Conference on AIDS.* Ženeva, julij 1998.

D. M. Hartel, E. E. Schoenbaum (1998), Methadone treatment protects against HIV infection: Two decades of experience. *Public Health Rep,* 113: 107-115.

M. T. Htoon, H. H. Lwin, K. O. San, E. Zan, M. Thwe (1994), HIV/ AIDS in Myanmar. *AIDS,* 8: S105-109.

S. F. Hurley, D. J. Jolley, J. M. Kaldor (1997), Efectivenes of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection. *Lancet,* 349: 1797-1800.

M. Ingham (1995), Cholera epidemic hits former Soviet states. *Br Med J,* 311: 528-529.

R. Ismail (1998), HIV/AIDS in Malaysia. *AIDS,* 12: S1-S10.

L. Khodakevich, Y. Kobyshcha, A. Shcherbinskaya *et al.* (1997), Development of HIV epidemics in Belarus, Moldova and Ukraine. *Eight International Conference on the Reduction of Drug Related Harm. Paris,* marec 1997.

Y. Kobyshcha, A. Shcherbinskaya, L. Khodakevich, L. Andrushchak, Y. Kruglov (1996), HIV infection among drug users in the Ukraine: Begining of the epidemic (abstract TUC204). *XI. International Conference on AIDS.* Vancouver, julij 1996.

S. Koester (1994), Copping, running and paraphernalia Laws: context variables and needle risk behaviour among injection drug users in Denver. *Human Org,* 53: 287-295.

N. Kriger, S. Zierler (1996), What explains the public's health? A call for epidemiologic theory. *Epidemiology,* 7: 107-109.

S. Kumar, S. Mudakiar, D. Daniels (1998), Community-based outreach HIV intervention for street-recruited drug users in Mandras, India. *Public Health Reports,* 113: 58-66.

C. Latkin, W. D. Mandell, D. Vlahov *et al.* (1994), My place, your place and no place: behaviour settings as a risk factor for HIV-related injection practices of drug users in Baltimore, Maryland. *Am J Community Psychol,* 22: 415-431.

P. Leinikki (1997), AIDS epidemic in Kaliningrad. *Lancet,* 49: 1914-1915.

B. Langkham, P. Vanlalmuana, T. Chinkolal (1997), An approach to reducing the impact of HIV/ AIDS in Churachandpur (abstract T10 B5). *Third International Conference on The Biopsychosocial Aspects of AIDS.* Melbourne, junij 1997.

J. Li, Z. H. Zhu, W. W. P. Wan *et al.* (1998), A review of Chinese-Myanmar cross-border drug demand reduction and HIV/ AIDS prevention project (abstract 43194). *XII International Conference on AIDS.* Ženeva, julij 1998.

C. Lindan, T. Lieu, L. T. Giang *et al.* (1997), Rising HIV infection in Ho Chi Minh city herald emerging AIDS epidemic in Vietnam. *AIDS,* 11: S5-S13.

K. Litsola, I. Tashinova, G. Korovina *et al.* (1998), HIV-1 genetic subtype A/B recombinat strain causing an explosive IDU epidemic in Kaliningrad (abstract 13190). *XII International Conference on AIDS.* Ženeva, julij 1998.

L. Lupton, A.Peterson (1997), *The New Public Health.* London: Routlege.

P. Lurie, E. Drucker (1997), An opportunity lost: HIV infections associated with lack of national needle-exchange programme in the USA. *Lancet,* 349: 604-608.

P. Lurie, P. Hintzen, R. A. Lowe (1995), Socioeconomic obstacles to HIV prevention and treatment in developing countries: The roles of the International Monetary Found and the World Bank. *AIDS,* 8: 539-546.

H. Madray, B. Sergeyev, T. P. Rumiantseva *et al.* (1998), Yaroslav (Russia) harm-reduction project for drug injectors: Impact results (abstract 33404). *XII International Conference on AIDS.* Ženeva, julij 1998.

A. Neaigus (1998), The network approach and interventions to prevent HIV among injection drug users. *Public Health Rep,* 113: 140-150.

K. R. O'Reilly, P. Piot (1997), International perspectives on individual and community approaches

to the prevention of sexually transmited disease and human immunodeficency virus infection. *J Infect Dis,* 174: S214-222.

J. Oulet, A. Jimenez, W. Johnson (1991), Shooting galeries and HIV disease: Variations in places for injecting drugs. *Crime Delinquency,* 37: 64-85.

S. Panda, A. Chatterjee, S. Bhattacharjee, S. Bhattacharya, D. Mahalanabis (1998), Behavioural modification through outreach among IDUs of Calcuta, India (abstract 33338). *XII International Conference on AIDS.* Ženeva, julij 1998.

S. Panda, A. Chatterjee, S. Sarkar *et al.* (1997), Injection drug use in Calcutta: A potential focus for an explosive HIV epidemic. *Drug Alcohol Rev,* 16: 17-23.

A. Peak, S. Rana, S. H. Maharjan, D. Jolley, D. Crofts (1995), Declining risk for HIV among injecting drug users in Kathmandu, Nepal: The impact of a harm-reduction programme. *AIDS,* 9: 1067-1070.

N. Pearce (1996), Traditional epidemiology, moderen epidemiology, and public health. *Am J Public Health,* 86: 678-683.

V. Pokrovsky, I. Y. Savchenko, N. N. Ladnaia, A. T. Youliousov (1998), A recent epidemy of HIV-infection in Russian IVDUs (abstract 13191). *XII International Conference on AIDS.* Ženeva, julij 1998.

V. Poshyachinda (1993), Drugs and AIDS in South-East Asia. *Forensic Sci. Int.,* 62: 15-28.

A. M. Renton, K. K. Borisenko (1998), Epidemic syphilis in the newly indipendent states of former Soviet Union. *Curr Opin Infect Dis,* 11: 53-56.

A. Reynolds (1995), *Substance Abuse Amongst Vietnamese Refugees in Hong Kong.* Vienna: UNDCP with WHO (Geneva) and UNHCR (Hong Kong).

T. Rhodes (1996), Individual and community action in HIV prevention. V: T. Rhodes, L. Harnol (ur.), *AIDS, Drugs and Prevention.* London: Routledge (1-9).

– (1997), Risk theory in epidemic times. *Soc Health Illness,* 19: 208-227.

T. Rhodes, A. Ball, G. Stimson *et al.* (1999), HIV infection associated with drug injecting in the newly independent states, Eastern Europe: The social and economic context of epidemics. *Addiction,* 94: 1323-1336.

T. Rhodes, D. Moore (1999), On the qualitative in drugs research. *Addiction Res,* 7 (v tisku).

T. Rhodes, G. V. Stimson, C. Fitch, A. Ball, A. Renton (1999), Rapid assessment, injecting drug use, and public health. *Lancet,* 354: 65-68.

S. Sarkar, N. Das, S. Panda *et al.* (1994), Rapid spread of HIV among injecting drug users in north-eastern states of India. *Bull Narcotics,* XLV (1): 91-105.

I. Savatchenko, N. N. Ladnaia, M. S. Bochkova, V. V. Pokrovsky, E. V. Buravstova (1998), HIV-antibody testing policy and HIV-infection spreading in IDU in Russian Federation (abstract 23225). *XII International Conference on AIDS.* Ženeva, julij 1998.

J. F. Scorzelli (1992), Has Malaysia's anti-drug effort been effective?. *J Substance Abuse Treatment,* 9: 171-176.

R. Seccombe (1995), Squeezing tha balloon: International drugs policy. *Drug Alc. Rev.,* 14: 311-316.

A. M. Shchecrbinskaya, J. V. Kruglov, N. Fedoruk (1998), Analysis of epidemic situation concerning HIV infection/ AIDS in Ukraine and attempts of its stabilization (abstract 13210). *XII International Conference on AIDS.* Ženeva, julij 1998.

D. Shresta, N. Shresta, K. Gautman (1995), Methadone treatment programme in Nepal: One-year experience. *J Nepalese Med Assoc,* 33: 33-46.

M. Singer (1998), Forging a political economy of AIDS. V: M. Singer (ur.), *The political Economy of AIDS.* New York: Baywood (131-148).

M. Singh (1998), Increasing trends towards the reduction of drug-related harm through Asia. *Int j drug Policy,* 9: 227-231.

G. V. Stimson (1993), The global diffusion of injecting drug use: implications for human imunodeficiency virus infection. *Bull Narcotics,* XLV (1): 3-17.

– (1997), Drug injecting and the spread of HIV infection in south-east Asia. V: J. Catalan, L. Sherr, B. Hedge, *The impact of AIDS.* Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

– (1994), Reconstruction and the subregional diffusion of HIV infection among injecting drug users in South-East Asia: Implications for early intervention. *AIDS,* 8: 1630-1632.

– (1994), HIV Infection and Injecting Drug Use in the Union of Myanmar. Vienna: UNDCP.

– (1996), AIDS and injecting drug use in the United Kingdom, 1987-1993. *Soc Sci Med,* 41: 699-716.

G. V. Stimson, C. Fitch, A. Ball, (1999), Rapid assessment and response: Methods for developing public health responses to emerging drug problems. *Drug Alc Rev,* (v tisku).

S. A. Strathdee, A. J. C. van Ameijden, F. Mesquita, A. Wodak, S. Rana, D. Vlahov (1998), Can HIV epidemics among injection drug users be prevented?. *AIDS,* 12: S71-S72.

S. A. Strathdee, D. M. Patric, S. L. Currie *et al.* (1997), Needle exchange is not enough: Lessons from Vancouver injecting drug use study. *AIDS,* 11: F59-F65.

M. Susser, E. Susser (1996), Choosing a future for epidemiology: From Black Box to Chinese Boxes and Eco-Epidemiology. *Am J Public Health,* 86: 674-678.

O. Tawil, A. Verster, K. R. O'Relly (1995), Enabling approaches for HIV/ AIDS prevention: Can we modify the environment and minimise the risk? *AIDS,* 9: 1299-1306.

UNAIDS/WHO (1998), Report on the Global HIV/AIDS Epidemic. Ženeva 1998.

USAID and CDC (1998), *Hiv/ AIDS Strategy in Russia, 1998-2000.* Washington, DC: USAID

H. Veeken (1998), Russia, sex, drugs, AIDS, and MSF. *Br Med J,* 316: 138-139.

D. Vlahov, B. Junge (1998), The role of needle exchange programs in HIV prevention. *Public Health Rep,* 113: 75-80.

X. W. Zheng, C. Tian, K. H. Choi *et al* (1994), Injecting drug use and HIV infection in southwest China. *AIDS,* 8: 1141- 1147.

X. Zheng, J. Zhang, S. Qu *et al.* (1998), A cohort study of HIV infection among IDUs and natural history of infection in Ruili, China, 1992-1997 (abstract 23244). *XII International Conference on AIDS.* Ženeva, julij 1998.

L. Zohrabyan, N. A. Sargsyan, K. L. Nahapetyan *et al.* (1998), Current situation and recent trends of HIV/AIDS epidemic in the Republic of Armenia (abstract 60239). *XII International Conference on AIDS.* Ženeva, julij 1998.

W. A. Zule (1992), Risk and reciprocity: HIV and the injecting drug user. *J Psychoactive Drugs,* 24: 243-249.

P. Walberg, M. McKee, V. M. Scolnikov, L. Chenet, D. Leon (1998), Economic change, crime and mortality crisis in Russia: Regional analysis. *Br Med J,* 317: 312-318.

B. G. Weniger, K. Limpakamjanartat, K. Ungchusak *et al.* (1991), The epidemiology of HIV infection and AIDS in Thiland. *AIDS,* 5: S71-S85.

J. Wetermeyer (1996), The pro-heroin effects of anti-opium laws. *Arch Gen Psychiatry,* 33: 1135-1

World Health Organization, Canadian Public Health Association (1986), Ottawa Charter for Health Promotion. *Health Promotion*, 1: iii-v.

Z. Wu, R. Detels, J. Zhang *et al.* (1996), Risk factors for intravenous drug use and sharing equipment among young male drug users in Longchuan County, South-west China. *AIDS,* 10: 1017-1024.

I. H. Yen, S. L. Syme (1999), The social environment and health: A discussion of the epidemiologic literature. *Ann Rev of Public Health.*

E. S. H. Yu, Q. Xie, K. Zhang, P. Lu, L. L. Chan (1996), HIV infection and AIDS in China, 1985 through 1994. *Am J Public Health,* 86: 1116-1122.

Bojan Dekleva

REKREATIVNA UPORABA DROG

POMEN TERMINA

Izraz »rekreativna uporaba drog« se je začel pogosteje uporabljati v 90. letih. Izraz »rekreativno« se *v splošnem* uporablja v zvezi s športnimi in podobnimi prostočasovnimi dejavnostmi (npr. v zvezi »rekreativno smučanje«), kjer pomeni, da gre za neintenzivno in manj zahtevno, čeprav lahko razmeroma kontinuirano in pogosto dejavnost, ki pa je posamezniku predvsem v užitek in zadovoljstvo in ga »re-kreira«, to je, ponovno naredi sposobnega oz. usposobi za uspešno delovanje v polju ne-prostega, torej obveznega, delovnega časa. Podoben izraz (ki pa se sicer ne uporablja v zvezi z drogami) je »amatersko«, ki pomeni, da se s čim ukvarjamo neobvezno in nepoklicno, čeprav lahko kljub temu (morda pa prav zato) zelo poznavalsko in z veliko mero osebnega zadovoljstva in izpolnitve.

V zadnjih letih smo začeli uporabljati sintagmo »rekreativna uporaba drog« na način, ki nakazuje več kot samo označitev ravni pogostosti uporabe drog, namreč, redke uporabe drog v majhnih količinah. Ta izraz se sedaj nanaša na kvalitativno drugačen vzorec uporabe drog (kako, kdaj, kaj, kdo, kje), na drugačen socialno-ekonomsko-kulturno-političen kontekst uporabe ter tudi na drugačno teoretsko razlago narave take uporabe drog.

Izraz »rekreativna uporaba drog« se praviloma nanaša na značilen šopek plesnih (ali, kot jim tudi pravijo, dizajniranih ali sintetičnih) drog, med katere štejejo zlasti marihuano, LSD, amfetamine, ekstazi, halucinogene (»magične«, »nore«) gobe in še druge, t. i. »pametne« (*smart*), farmacevtske in »naravne« droge. Tisto, kar vse te droge druži, pa ni v prvi vrsti njihova kemična struktura ali farmakološko delovanje, temveč je bolj način in vzorec njihove uporabe ter specifični kulturni kontekst, ki jih osmišlja.

Na empirični ravni se pojav novega vzorca uporabe drog kaže v nekaterih značilnih trendih. V kvantitativnem smislu gre za trend rasti števila mladih ljudi, ki so bodisi že imeli izkušnje z ilegalnimi drogami ali načrtujejo, da jih bodo poskusili, ali pa se jim to vsaj zdi povsem mogoče in verjetno. S podobnimi trendi pojasnjujejo povečano stopnjo osebnega sprejemanja uporabe drog, spreminjanje ocen o škodljivosti uporabe drog v smeri večje tolerantnosti, povečano tolerantnost do uporabe ilegalnih drog med vrstniki in višje ocene o pogostosti uporabe drog med vrstniki. V kvalitativnem smislu pa gre za množično uveljavitev novih zvrsti glasbe in novih vzorcev preživljanja prostega časa (predvsem tehno, haus, rejv in podobne zvrsti glasbe ter vzorec obiskovanja plesnih prireditev ob koncu tedna) ter za nov, bolj tehnično instrumentalen in pragmatski ter manj z moralo obtežen odnos do »dobrine zabave«.

NARAVA NOVEGA VZORCA IN SOCIALNI KONTEKST UPORABE DROG

Calafat in sodalavci (1998) ob nastajanju novega množičnega vzorca odnosa do zabave in uporabe drog govorijo o drugačni sociološki realnosti in drugačnih socialnih reprezentacijah (termin je razvil in vpeljal francoski socialni psiholog Moscovici), J.

Beck (1993) govori o drugačnih socialnih svetovih, Parker (1998, povzemajoč U. Becka) pa opisuje značilnosti postmoderne dobe kot kvalitativno drugačnega okvira odraščanja mladih ljudi in tudi njihove uporabe drog.

Značilno za vse omenjene avtorje je, da tovrstne, to je, rekreativne uporabe drog kot množičnega pojava ne razlagajo več predvsem s psihološkimi in psihiatričnimi koncepti individualne patologije niti s sociološkimi koncepti subkulturne odklonskosti, temveč s sklicevanjem na nove kulturne in najsplošnejše normativne vsebine in izhodišča sodobnih družb.

Po mnenju Calafata in sodelavcev (1998) so za novo sociološko realnost uporabe drog, ki se razlikuje od realnosti tradicionalne uporabe drog (zlasti heroina), pomembne naslednje značilnosti:

- drugačen videz drog, predvsem v obliki tablet ali kapsul,
- sofisticiranost/modernost novih drog,
- enostavnost njihove proizvodnje,
- praktičnost njihove uporabe,
- nizka cena,
- malo negativnih in nezaželjenih stranskih učinkov,
- prilagojenost rekreativni uporabi.

Po mnenju drugih (Synthetic drugs..., 1988) spremljajo plesne droge, zlasti ekstazi, socialne reprezentacije »varne droge, ki je dobra za posameznika in družbo in ki pomeni kemično uresničitev demokratične ideologije«. Ta ideologija poudarja prav rekreativnost uporabe, to je uporabo, ki:

- je glede na vrsto in količino uporabljenih drog bolj ali manj kontrolirana (obvladljiva);
- je namenjena takemu načinu zabave in doseganja užitka, ki sta dobro omejena v polju prostega časa in zabavi namenjenih prostorov (diskotek, klubov);
- je skladna z ideologijo ljubezni in neagresivnosti in odklanja rasizem in seksizem;
- ni povezana s socialnim eskapizmom in propadom.

Novonastali vzorec rekreativne uporabe drog oz. uporabe novih, rekreativnih drog spremljajo poleg nakazane ideologije še tržni premiki v smislu bogato razvite industrije glasbe, pijač, oblačil in različnih pripomočkov, ki vpeljujejo nove estetike (npr. oblikovalske trende) v najrazličnejša marketinška in tržna mejna področja, pa tudi področja, ki s plesno kulturo nimajo nobene neposredne zveze. Vse to spremljajo novi vedenjski in kulturni vzorci uporabnikov, hkrati pa te vedenjske inovacije povratno vplivajo na oblikovanje širših družbenih (tržnih) trendov in ne nazadnje tudi na razumevanje uporabe drog in njihovih učinkov.

V resnici seveda plesne droge niso tako zelo nove, niti vzorec njihove uporabe ni nov. Nova in nepričakovana sta zlasti razmeroma hiter prehod tega vzorca in teh drog v razmeroma množično uporabo in izrazito promotivna vloga dobršnega dela javnih občil v njihovem prikazovanju. Za dojemanje »novosti« je pomembno tudi to, da so mladi večino teh drog že razmeroma množično uporabljali v 60. in 70. letih, potem pa so prišle »iz mode«.

Za vzorce rekreativne uporabe drog v zadnjem desetletju je značilno, da nastajajo v specifičnih družbenih okoliščinah, v katerih se spreminja tudi narava obdobja in pojma mladosti. Te okoliščine so se začele pojavljati že v 70. in 80. letih in se v 90. letih kažejo v bolj izraziti obliki. Nekateri avtorji te značilnosti in okoliščine poimenujejo postmoderno obdobje.

Med takimi značilnostmi navajajo:

- razkrajanje tradicionalnih moralnih avtoritet ter opuščanje ideje enotne in homogene vrednostne osnove družbene integracije;
- vplive globalizacijskih procesov na področja mednarodnih komunikacij in transportnih sredstev, na tržišča proizvodov in storitev;
- poudarek bolj na potrošnji kot na proizvodnji in globalizacijo potrošniških vzorcev;
- spreminjajočo se naravo zaposlitvenih karier, obdobij zaposlenosti in nezaposlenosti, pri čemer zaposlenost ni več nikomur zagotovljena, hkrati pa so vedno bolj pomembne večkratne prekvalifikacije med posameznikovim delovnim obdobjem;
- povečano hitrost življenja, novo formalizacijo in instrumentalizacijo odnosov med

posamezniki in institucijami, bolj na splošno pa preoblikovanje odnosov med razredi in spoloma.

Vse to vpliva na spreminjanje položaja adolescenta in narave mladosti. Obdobje adolescence oz. postadolescence se še naprej podaljšuje, hkrati pa se razkrajajo meje med otroštvom in odraslostjo. Slednja se vedno bolj odmika v prihodnost, hkrati pa tudi ni več nujno razumljena kot dokončno in nespremenljivo stanje. Scenariji in kariere odraščanja postajajo manj previdljivi in stereotipni, kar v splošnem obremenjuje odraščanje z močnejšimi občutji negotovosti, motivira mlade, da dalj časa ostajajo pri starših in se ne osamosvojijo, ter v splošnem odmika obdobje ustalitve s prevzemom tradicionalnih odgovornosti (za družino, otroke, delo, itn.) v nejasno prihodnost. Tovrstni socialni moratorij postane za vedno večjo skupino mladih prostor eksperimentiranja in vsebinsko pomemben okvir osmišljanja prostega časa.

U. Beck (1993) v zvezi s temi procesi obravnava kot ključni pojav individualizacijo ter govori o povečevanju obsega tveganj (Beck 1998), ki jih morajo med odraščanjem prevzemati mladi. Tveganja izvirajo iz negotove, nejasne in hitro se spreminjajoče družbe, v kateri so lahko tradicionalni vedenjski vzorci in spoprijemalne strategije, ki jih starši poskušajo posredovati otrokom, celo v oviro in povečujejo obseg in težo neizbežnih tveganj.

Omenjena tveganja se ne nanašajo samo na »trda« področja in dosežke, kot so npr. izobraževalna kvalifikacija, zaposlitev in družina, temveč še prej na mehkejša področja, kot sta oblikovanje identitete in osmišljanje vsiljenega odprtega časa moratorija med otroštvom in odmikajočo se odraslostjo. Spopadanje s tveganji postane samo po sebi ključna sposobnost oz. spretnost, pri čemer je mladim vedno težje izogniti se mnogim tveganjem; v veliko primerih se izkaže, da je strategija izogibanja tveganjem v celoti manj produktivna od strategije sprejemanja tveganj, njihovega obvladovanja oz. upravljanja s njmi.

Uporaba drog pomeni eno od teh mnogoterih tveganj. Ne enoznačnih tveganj v smislu tradicionalne trditve: »Če uporabim drogo, tvegam, če je ne, potem ne tvegam!«, temveč bolj v smislu vprašanja: »Ali bolj tvegam, če uporabim drogo ali če je ne uporabim«? Tradicionalni odgovor, da je uporaba droge vedno neutemljeno in nekoristno tveganje, mnogi mladi zavračajo kot irelevantno moraliziranje. Konec koncev veliko odraslih uporablja droge (dovoljene in nedovoljene), hkrati pa vedo (oz. mislijo), da je uporaba drog škodljiva. V njihovi »enačbi« tehtanja tveganj, koristi in škod torej štejejo še druga merila, ne samo ocena potencialne zdravstvene škode.

Identitetna politika zahteva tudi dosežke, ki se primerjajo z dosežki vrstnikov in kulturno postavljenimi merili (zabave oz. potrošnje). V tem pogledu lahko štejejo tudi: izkušnje z (dovoljenimi in nedovoljenimi) drogami; znanja in spretnosti, ki strežejo doseganju največjega užitka z najmanjšim vložkom lastnih sredstev; občutek, da nisi ničesar zamudil, kar bi ti lahko prineslo korist; skratka, ne v prvi vrsti sposobnosti izogibanja drogam, temveč sposobnosti kontrolirane in instrumentalno uspešne uporabe drog, ki implicira ustrezno obvladovanje tveganj, ki jih s seboj prinašajo droge.

V družbenem spreminjanju, za katerega je značilna globalizacija, pridobiva potrošnja osrednje mesto, ki enako ali vsaj zelo podobno zadeva tako mlade kot odrasle. Uporaba drog ni več stvar mladinskih uporniških subkultur; nasprotno, mladi in odrasli si vedno bolj delimo poglavitna merila in kriterije uspeha in uspešnega spopadanja s tem svetom. Zato so se mladinske kulture »razvodenele« in mladi postajajo vedno bolj konzervativni in konvencionalni. Droge imajo v prostorih uresničevanja mladosti vedno bolj podobno mesto, kot ga imajo v prostorih odraslosti. To je mesto, ki ga poleg splošne potrošniške usmerjenosti oblikuje zlasti farmacevtska industrija in ki temelji na zamisli, da je mogoče (skoraj) vsak problem rešiti z ustrezno drogo ter da različnim problemom ustrezajo različne droge. Mladi s svojo uporabo drog za zabavo komajda kaj nadgrajujejo podobno uporabo drog pri odraslih.

Novo mladinsko kulturo opisujejo in razlagajo naslednji trije citati (EMCDDA 1997):

[V]eč je mladih, ki so z ilegalnimi drogam eksperimentirali, kot pa je takih, ki je še niso poskusili. [...] V nekaj naslednjih letih, še zlasti v mestih, bodo mladostniki, ki ne bodo poskusili drog, manjšinska skupina [...], pravzaprav nekakšni devianti [..., vendar pa] je norma poznavanje drog, ne pa – biti devianten [...]; ta predpostavka se nanaša na eksperimentiranje, rekreacijsko in »iniciacijsko« uporabo drog, ne pa na redno in problematično uporabo. Za mnoge mlade ljudi je občasna uporaba drog, kot sta tobak in alkohol, ples, šport in seksualno izražanje, nekakšna »iniciativnost«, ki jim omogoča, da se angažirajo, pokažejo svoje znanje, osvojijo socialne položaje in uveljavijo osebno in skupinsko identiteto [... I]legalne droge postajajo vedno bolj del mladinske kulture, tako da njihova dostopnost pomeni normalni sestavni del sveta njihovega prostega časa. [...]

To tezo utemeljujejo podatki, ki kažejo, da mladi ljudje (ki obiskujejo klube) povedo, da uporabljajo marihuano in ekstazi, hkrati pa trdijo, da drog ne uporabljajo. [...]

Mladi ljudje uporabljajo legalne in ilegalne droge na vedno bolj podobne načine, kot del potrošniško usmerjenega in vznemirjenja iščočega uživaškega življenjskega stila, kjer se čas za oddih in zabavo kupuje na trgu in kjer so meje med subkulturo uporabe drog in prevladujočo mladinsko kulturo vse bolj zabrisane.

STANJE V SLOVENIJI

V Sloveniji imamo razmeroma malo ustreznih raziskav o spreminjajočih se trendih in vzorcih uporabe drog. V letu 1998 pa sta bili dokončani dve: ena je raziskovala uporabo drog med dijaki prvih razredov srednjih šol v Ljubljani (Dekleva 1998a), druga pa mlade uporabnike plesnih drog, zlasti ekstazija (Dekleva 1998b). Ugotovitve obeh raziskav so v splošnem skladne s tezami, ki so navedene v prejšnjem poglavju. Prav tako so s temi tezami bolj skladne kot ne ugotovitve sodobnega slovenskega raziskovanja mladine (npr. Ule 1998; Ule, Miheljak 1995).

Uporaba drog med mladimi se v našem prostoru povečuje in postaja vedno bolj sprejemljivo socialno dejstvo, če ne celo – v nekaterih krogih – vedenjska norma in del vsakdanjika. Vse to se dogaja hkrati s tem, ko se informiranost mladih o drogah povečuje. Tisto, kar postaja ponekod norma oz. socialno zaželeno, pa ni v prvi vrsti to, da bi bil človek zasvojen ali »zadet«, temveč prej to, da bi že imel določene minimalne izkušnje z nekaterimi drogami ter da bi jih znal uporabljati, da bi bil »izkušen« (*drug-wise*).

Seveda pa spreminjajoči se (dejansko poslabšujoči se!) socialno-ekonomski pogoji vnašajo med mlade novo socialno diferenciacijo in različne stopnje izključevanja (Dekleva, Razpotnik 1999). To pomeni, da se sposobnosti, motivacije in »kulturno-ekonomski kapital«, ki ga imajo na voljo mladi za razvijanje spretnosti »upravljanja z tveganji«, med različnimi socialnimi skupinami mladih močno razlikuje. Ob razraščanju splošne kulture razvijanja obvladovanja tveganj (tudi z uporabo drog) se zato bržkone srečujemo tudi s povečanim številom mladih, ki za tako obvladovanje nimajo na voljo dosti in pravih sredstev; izmed njih se verjetno rekrutirajo mladi, ki (dovoljene in nedovoljene) droge uporabljajo na najbolj nefunkcionalne načine, ki postanejo zasvojeni, po več dimenzijah socialno izključeni in skratka ne morejo doseči položaja subjekta (tudi v uporabi drog). Vendar pa so ti mladi, čeprav se rekrutirajo iz najširše skupine mladih, ki droge uporabljajo, vendarle njen izrazito manjši del.

Raziskava o ekstaziju in plesnih drogah (Dekleva 1999b) v Sloveniji je pokazala podobne rezultate kot tovrstne raziskave drugod po Evropi. Plesne droge uporabljajo zlasti mladi iz srednjega sloja, za katere ni značilna manjša socialna uspešnost. Droge uporabljajo pretežno instrumentalno in (delno) pretehtano, lahko bi rekli izbirčno. Ne v prvi vrsti zato, da »bi pozabili« oz. »se zadeli«, temveč zaradi njihovih specifičnih učinkov, ki sicer lahko pomenijo tudi »pozabiti« in »se zadeti« v časovno in prostorsko omejenih razmerah in socialnih kontekstih. Pri tem si mladi v splošnem

ne prizadevajo uporabljati škodljivih drog, temveč ravno narobe, droge, ki bi jim dale čim več pričakovanega učinka ob čim manjših nezaželenih stranskih učinkih, za katere pa sicer navadno vedo, da obstajajo in da se jim ni mogoče povsem izogniti.

POTREBE IN MOŽNOSTI ZA INTERVENIRANJE

Spreminjajoče se družbene okoliščine zahtevajo od strokovnjakov in ustreznih upravnih družbenih podsistemov, da se na njih diferencirano odzivajo. To pomeni, da je treba tehtati in diferencirati različna tveganja, povezana z uporabo drog, in razvijati ustrezna različna ukrepanja, ki naj bi bila — v idealnih primerih — ciljana na različne skupine uporabnikov in njim prilagojena.

Če teze o obstoju ali nastajanju novega, rekreativnega vzorca uporabe drog držijo, potem imamo opravka z uporabo drog, ki je v večinskem delu ne moremo pojasniti niti z individualističnimi, (psiho)patološkimi teorijami, ki bi nakazovale potrebo po (preprečevalnem ali terapevtskem) obravnavanju ogroženih posameznikov, niti s teorijami subkultur, ki bi nakazovale potrebo po (re)socializaciji ali okrepljenem socialnem nadzorovanju odklonskih skupin in posameznikov. Rekreativni vzorec uporabe drog morda ustrezneje pojasnjuje teorija normativne oz. kulturne uporabe, ki ugotavlja, da so uporabi drog naklonjene vsebine prešle v osnovno, »starševsko«, sredinsko (*mainstream*) kulturo in z njo povezane normativne sisteme. Izhajajoč iz take teoretske pojasnitve se nam kažeta dve temeljni smeri ukrepanja: ali poskušamo tako »sredinsko« kulturo spremeniti in preusmeriti drugam (v smer, ki bo nenaklonjena uporabi drog), ali pa tako kulturo sprejeti kot dejstvo in izhajajoč iz nje razvijati zamisli za intervencije. Obe smeri se mi zdita povsem legitimni; prva zlasti iz načelnega stališča in upoštevajoč moralne imperative, ki so predpostavka človečnosti; druga pa izhajajoč iz pragmatskega stališča, ki si ne more privoščiti zapirati oči pred dejanskim stanjem.

To dejansko stanje pa pomeni — če zgornja izvajanja držijo — da se bo uporaba drog širila, pri čemer bomo imeli opravka z večjim delom (mladih) uporabnikov, ki bodo poskušali (in tudi uspeli) uporabljati drogo razmeroma kontrolirano in si bodo prizadevali za zmanjševanje škode ob svoji uporabi drog, in z manjšim delom uporabnikov, ki bodo uporabljali droge razmeroma bolj nefunkcionalno, neracionalno in s prevelikimi tveganji. Očitno potrebujemo strategije strokovnega delovanja, ki bodo usmerjene k obema skupinama uporabnikov, in najverjetneje bodo morale biti vsaj deloma različne.

Zdi se, da bi bilo prvi vrsti uporabnikov smiselno ponuditi možnosti za bolj racionalno odločanje o uporabi drog. Dve taki strategiji bi lahko bili bolj realistično informiranje in razvoj mehanizmov za zaščito uporabnikov drog *kot potrošnikov* katere koli dobrine. To bi lahko bili zlasti standardi kvalitete proizvodov in storitev in njihovo obvezno uveljavljanje (npr. standardi za kvalitetno in varno izvajanje plesnih prireditev). Za drugo vrsto uporabnikov bomo morali razviti mnoštvo svetovalnih in terapevtskih ponudb (ob predpostavki, da v glavnem ne bomo mogli preprečiti, da bi marsikdo izrazito nefunkcionalno uporabljal droge). Za obe skupini uporabnikov pa bosta pomembni temeljni vodili: »priti jim nasproti« in »pri pristopanju k njim upoštevati njihovo individualno različnost«. Individualizaciji in proaktivnosti kot temeljnima značilnostima tega obdobja mora torej ustrezati tudi indvidualizacija in proaktivnost intervencijskih programov.

Literatura

Beck, J. (1993), Ecstasy and the Rave Scene: Historical and cross-Cultural Perspectives. *Proceedings*, 2: 424-431.

Beck, U. (1993), *Risk Society: Towards a new Modernity*. London: Sage.

– (1998), *The politics of risk society*. Cambridge: Polity Press, Institute for Public Policy Research.

Calafat, A., in drugi (1997), *Characteristics and Social Representation of Ecstasy in Europe*. Palma de Majorca: IREFREA.

Dekleva, B. (1998a), *Droge in srednješolska mladina v Ljubljani*. Ljubljana: Mestna občina Ljubljana, Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti.

– (1998b), *Metodologija kvalitativnega raziskovanja škodljivih posledic uporabe drog med mladimi*. Zaključno poročilo raziskovalne naloge. Ljubljana: Društvo za razvijanje preventivnega in prostovoljnega dela.

Dekleva, B., Š. Razpotnik (1999), Odraščati v Sloveniji na prelomu tisočletja – sodobne oblike revščine. V: I. Žebovec (ur.), *Sodobne oblike revščine mladih : mladi, ulica, prihodnost*. Ljubljana: Salve.

EMCDDA (1997), *Demand Reduction Activities Related to "new Synthetic Drugs": MDMA (Ecstasy), other Amphetamines and LSD in European Union Member States*. Neobjavljeno poročilo. Lisbona: EMCDDA.

Parker, H., in drugi (1998), *Ilegal Leisure*. London: Routledge.

Synthetic drugs: a new challenge for prevention (1988). *PEDDRO*, 1-2: 3.

Ule, M. (1998). *Prosti čas mladih v Ljubljani*. Ljubljana: Center za socialno psihologijo - študije mladine, Fakulteta za družbene vede.

Ule, M., V. Miheljak (1995). *Pri(e)hodnost mladine*. Ljubljana: DZS, Ministrstvo za šolstvo in šport, Urad Republike Slovenije za mladino.

Peter Stefanoski

MOTIVACIJSKI INTERVJU

Motivacijski intervju bi lahko predstavil samo kot eno izmed možnih tehnik pri strokovnem delu z ljudmi, ki imajo težave zaradi uživanja drog. Vendar je podrobnosti te tehnike mogoče spoznati v knjigi W. R. Millerja in S. Rollnicka (prevod v slovenščino je pred izidom), hkrati pa so v knjigi J. G. Barberja na kratko povzeta osnovna načela za vodenje strokovnega dela po tej tehniki. S tem člankom bi želel opozoriti predvsem na pomembne paradigmatske premike, ki jih uporaba te tehnike neopazno vnaša v načrtovanje strokovnega dela na tem področju obravnave težav, povezanih z drogiranjem.

O drogah in drogiranju je že veliko zapisanega, zato bi dodal samo nekaj posebnosti za poznejše lažje razumevanje metod motivacijskega intervjuja. V kontekstu motivacijskega intervjuja je drogiranje ena od oblik vedenja. Ni pomembno, ali pojmujemo drogiranje kot bolezen, življenjski stil, razvado, greh... Dejstvo je, da ga lahko obravnavamo kot vedenje. Vedenje je mogoče spreminjati in motivacijski intervju je usmerjen v spodbujanje procesov spreminjanja vedenja. Motivacijo za drugačno drogiranje ali prenehanje drogiranja moramo iskati na istem mestu, odkoder izvira motivacija za drogiranje. Dejstvo je, da bi bilo treba zaradi samega učinka droga večino drog razmeroma dolgo in redno jemati, da bi se razvila »odvisnost«. Socialni, odnosni kontekst, v katerem se droge jemljejo (rituali, skrivnosti...), pa zagotavljajo tisto odnosno vrednost praks drogiranja, zaradi katerih smo se pripravljeni »učiti« biti zadeti.

Motivacija ni neko stabilno stanje. O nespremenljivosti motivacije bi sicer lahko govorili v primeru temeljnih vrednostnih življenskih orientacij, pridobljenih skoz socializacijo, ki pa so, če že nastopijo kot problematične, bolj stvar psihoanalitičnega diskurza. Motivacija o kateri govorimo, pa se spreminja v odvisnosti od časa in situacije. Če poskušamo pojem motivacije opredeliti kot stanje, potem lahko rečemo, da je to notranje stanje, povzročeno od zunaj (Miller, Rollnick 1991: 15).

Prochaska in Di Clemente (po Miller, Rollnick 1991: 15; MacDonald, Patterson 1991: 140; Hagman 1997: 76, Barber 1997: 33) poskušata s svojim transteoretskim modelom predstaviti motivacijo na bolj dinamičen način. Faze v spreminjanju – indiferentnost, preudarjanje, pripravljanje, ukrepanje in vzdrževanje (*pre-contemplation*, *contemplation*, *preparation*, *action*, *maintenance*; poslovenjeni izrazi so povzeti po Barber 1997: 33) – si sledijo v krožnem plesu. Ko nas začne nekaj motiti, se lotimo preudarjanja, ocenjevanja te motnje. V tej fazi smo odprti, motivirani za tiste oblike pomoči, ki nam pomagajo na čim manj ogrožujoč način oceniti »motnjo« in njen vpliv na naše življenje. V fazi pripravljanja posameznik testira svoje možnosti in sposobnosti. Posameznik zbira informacije o možnih potekih spreminjanja. Ko se določi za določen način, pričakuje v fazi ukrepanja primerno mero podpore za udejanjanje svoje zamisli. To so lahko zelo direktivno vodene tehnike, ali pa tudi emocionalna podpora. Ko se mu to posreči, je v fazi vzdrževanja, kjer je »delovna« tema ohranjanje in nadgrajevanje doseženega. Pomembna faza v procesu spreminjanja je tudi povrnitev v staro stanje (*relaps*). Naloga strokovnega delavca

je, da spodbuja prepoznavanje »dobrih« stvari, ki so se zgodile pred povrnitvijo v dobro stanje in so bile posledica spreminjanja vedenja. Povrnitev v staro stanje (in nasploh krožnost faz spreminjanja) je del posameznikovega oblikovanja strategije iskanja načina uspešnega spreminjanja.

Posamezniku so v različnih fazah spreminjanja potrebne različne oblike strokovnega sodelovanja. Oblike strokovnega dela morajo slediti fazam spreminjanja. S strokovnimi tehnikami in metodami lahko pospešimo ali zavremo dinamiko spreminjanja. Za strokovnega delavca je zato pomembno, da zna oceniti, v kakšni fazi je posameznik, in temu prilagoditi vsebino strokovnega dela. Čeprav govorim o nujnosti »slediti fazi spreminjanja«, pa je strokovno delo ravno zaradi tega izredno »aktivno«. Posameznika, s katerim se ukvarjamo, ne »pasiviziramo« z vsiljevanjem svojega »urnika« sprememb, ampak ga spodbujamo k aktivnemu preskušanju in reflektiranju svojega spreminjanja in odločanja o nadaljnjih korakih v spreminjanju.

Motiviranost za spremembo ni stvar osebnostne strukture. Je stvar odnosnega koncepta, v katerem se nahaja. Strokovni delavci smo del tega koncepta in smo tudi zato odgovorni za tisto, kar počnemo, in soodgovorni za tisto, kar se dogaja s posameznikom v stiski. Miller trdi, da nemotivirane stranke ni, tako kot ni nemotiviranega kupca (Miller, Rollnick 1991: 19). Res pa je, da obstajajo ljudje, ki ne bodo nikakor hoteli narediti tistega, kar hočemo mi. Odgovornost strokovnega delavca je, da s svojim delom ne okrepi nasprotovanja spremembi, da preprečimo, da se pomembnost posameznika dvigne, ker kljubuje »strokovnjaku«. Kot rečeno: spodbujati je treba k spremembi, način in smer spremembe pa določa posameznik, ki se spreminja. Jasno je, da ne samo lahko, temveč je celo nujno, da ob reflektiranju teh sprememb podamo jasno lastno oceno o tem, kako doživljamo njegove spremembe. Predlogi, nasveti in vrednotenje strokovnega delavca niso kontraproduktivni, dokler ima posameznik, ki se spreminja, dovolj prostora za lastne vizije spreminjanja in dokler ima strokovni delavec tisto stopnjo strokovne avtonomije, da lahko »aktivno« sledi posamezniku v stiski. Včasih je vizija stranke v fazi ukrepanja zelo direktivno vodenje (primer je Rugelj). V primerih, ko sem se pri strankah soočil s tako zahtevo, sem jim moral zaradi strokovne odgovornosti povedati, da tega ali onega ne zmorem, in jih »motivirati«, da poiščejo strokovnjaka, ki zmore. Torej: nisem jih »odpustil« ali »prepričeval« v njihovo napačno presojo (oz. svojo vsemogočnost), temveč sem jim sledil v njihovem razvoju ter dosledno spodbujal njihovo spreminjanje.

Osnovna teza tehnike motivacijskega intervjuja je, da se ljudje neprestano spreminjamo. V obravnavi težav, povezanih z drogiranjem, postaja v zadnjih letih čedalje bolj uporabljan »transteoretski model« (Barber 1997: 32). Iz tega modela izhaja tehnika motivacijskega intervjuja. Je oblika svetovalnega dela, ki sledi fazam in procesom spreminjanja. »Tradicionalni« prijem v obravnavi »odvisnosti« s poudarkom na konfrontaciji zbuja odpore pri človeku v stiski in ga sili v organizacijo »obramb«. Tehnike tradicionalnega prijema so se ukvarjale s tem, kako zlomiti te obrambe, kako »premagati« človeka v stiski. Končni rezultat naj bi opravičeval sredstva, vendar je uspešnost teh tehnik omejena na razmeroma ozek krog ljudi v stiski, ki pristanejo na to. Problematičnost tradicionalnega prijema je v zmanjševanju posameznikovega manevrskega prostora. V primeru, da se posameznik prepusti vodenju po strokovnjakovem načrtu, to ni tako problematično. Težava nastopi, če na to ne pristane. Soočen z agresivno konfrontacijo se lahko uživalec drog umakne iz svetovalnega procesa. Zaradi njegovih lastnih in strokovnjakovih dejanj se zmanjša manevrski prostor in ustvarijo pogoji za tako imenovano »samoizpolnjujočo se prerokbo« (*self-fulfilling prophecy*).

Posameznik, ki ga tradicionalni prijem opredeljuje kot nekoga, ki zanika težave, ki je v »odporu«, ki ni motiviran, je z vidika faz sprememb v motivacijskem intervjuju obravnavan kot posameznik v fazi indiferentnosti. Temu primerno se oblikujejo skupne dejavnosti in usmerja svetovanje. Napredovanju skoz posamezne faze sledi

sprememba tehnik dela. Motivacija torej ni osebnostna lastnost, temveč se spreminja glede na čas in situacije. V praksi se ne moremo srečati z »nemotiviranim« posameznikom, kar pomeni, da je mogoče z vsakomer načrtovati strokovno sodelovanje in doseči napredek. Jasno pa je, da mora biti napredek v prvi vrsti merjen z vidika zviševanja stopnje socialne kompetence in šele v drugi z vidika uživanja drog. Navadno sta socialna kompetenca in drogiranje povezani. Višja ko je stopnja socialne kompetence, večja je verjetnost, da bo drogiranje posamezniku povzročalo manj težav (ali v »idealnem« primeru, da se ne bo drogiral).

Osnovni cilj motivacijskega intervjuja je spodbujati spreminjanje. Tehnika motivacijskega intervjuja povzema po transteoretskem modelu spreminjanja idejo, da je ena od glavnih ovir pri spreminjanju ambivalenten odnos do dejavnosti, ki povzroča težave. To je tudi ena od značilnih potez »odvisnosti«. Naloga strokovnega delavca je zato zlasti spodbujanje posameznika, ki ima težave zaradi drogiranja, da se loti ocene svojega položaja, na podlagi katere bo lahko razmišljal o prihodnosti.

Spreminjamo se na različne načine in iz različnih razlogov. Strokovni delavci, ki se srečujemo z ljudmi v stiski, smo pri analizi strokovnega dela vedno znova presenečeni, ko ugotavljamo, kaj vse je lahko razlog za spremembo. Hkrati smo vedno znova začudeni, zakaj toliko ljudi vztraja v vedenjskem vzorcu, ki jim več kot očitno »škodi«. Tudi sami ljudje v stiski pogosto govorijo o svojem zavedanju »neprimernega«, »neuspešnega« itn. vedenja, vendar ga ne morejo spremeniti. Praktično vsi imamo izkušnjo s pitjem alkohola. Vendar se redko zavemo ambivalentne pozicije, ki nam je tako znana iz izkušenj pri delu z ljudmi, ki imajo težave zaradi pitja. Pitje jim hkrati nekaj prinaša in jih prikrajšuje. Zaradi naučenega prepoznavanja škodljivosti pitja ti ljudje zelo neradi govorijo o pozitivnih plateh pitja. Ob spodbujanju, da o tem spregovorijo, se pogosto odzovejo z verbalno agresijo in prepričevanjem, da v pitju ni nič dobrega. Zanimiva je moja osebna izkušnja, ki jo potrjujejo tudi nekateri sodelavci, da je to slabo prognostično znamenje.

Vendar se ti ljudje vključujejo v proces urejanja težav, povezanih s pitjem. Njihovi razlogi za vključitev v ta proces so sicer zelo različni. Nekateri so se resnično prestrašili za zdravje, nekateri so se želeli znebiti stalnih očitkov bližnjih, nekateri so želeli obdržati službo, nekateri so se želeli s tem odkupiti za storjeno, nemalo pa je tudi takih, ki se želijo samo za trenutek umakniti in nato naprej piti »po pravi meri«. Za vse te ljudi je značilno, da se želijo spremeniti. Vendar si svoje spreminjanje predstavljajo zelo različno. Vsi ti ljudje so motivirani za spremembo. Vendar je le malo takih, ki so pripravljeni brezpogojno slediti strokovnim napotkom in brezpogojno sprejeti cilje strokovnega dela »z njimi«.

Motivacijski intervju je namenjen temu, da spodbudi spremembe. Ne ukvarja se toliko s tem, kakšna sprememba je zaželena, temveč s spremembo samo na sebi. Tisto, kar ponuja tehnika motivacijskega intervjuja, je zagotovitev spremembe pri uporabniku. Vsebino same spremembe pa prepušča človeku v stiski. Vendar to ni nedirektivna tehnika (Miller, Rollnick 1991: 55). Sama tehnika je lahko zelo učinkovita, vendar moramo biti pozorni na zgornje razločke. Avtorja opozarjata, da lahko drugače to postane nevarno: »ko postane moč pomembna zaradi moči [.], se vpliv spreminja v nadzor [..], zdravljenje pa v samopoveličevanje terapevta«.

Temeljni cilj socialnega dela, čim višja stopnja socialne vključenosti ali morda, bolje rečeno, čim višja stopnja socialne kompetence imajo na tej točki veliko skupnega s tehniko motivacijskega intervjuja. (S »stopnjo socialne kompetetnosti« posameznika označujem oceno njegovega psihosocialnega položaja z vidika možnosti izbire med več različicami bivanja in z vidika psihosocialnega položaja, socialne moči, da udejani svoje zamisli, in hkrati sposobnosti, da odloča o sebi in sobivanju z drugimi.) Tako kot se stopnja socialne vključenosti povečuje s številom praktično uresničljivih (in posamezniku sprejemljivih) različic življenja in pozitivnimi izkušnjami pri udejanjanju svojih izbir, tako se tudi »motivacija« povečuje ob možnosti izbire in prepričanju, da jih je mogoče udejaniti.

Implicitno prepričanje izvajalcev motivacijskega intervjuja je, da se bo posameznik, ki ima na voljo več možnosti, praviloma odločil za najboljšo. Pristati moramo torej na kompetentnost človeka v stiski, da odloča o tem, kaj je zanj najboljše. Strokovni delavci pa bi morali poskrbeti, da bi si znal posameznik ali skupina dejansko ustvariti možnost izbire.

V fazi indiferentnosti je treba pomagati posamezniku, da skozi analizo težav vsakdanjika oceni pomen svojega drogiranja. To ne pomeni, da ga s tehnikami tradicionalnega prijema pahnemo v čedalje večje stiske. Če menimo, da je v stiski zaradi drogiranja, potem je naša naloga, da mu pomagamo, da skoz refleksijo vsakdanjika to prepozna. Tu bi opozoril na dovolj znano situacijo. Starši odkrijejo, da njihov sicer uspešen otrok občasno kadi travo. Zaradi svojega prepričanja (in črke zakona) starši hočejo, da s tem preneha. Ker otrok razen tega, da mu starši »težijo«, nima drugih težav, se tema njihovega nesporazuma prenese s kajenja na (re)konstrukcijo hierarhije v družini, vprašanje nadzora in podobno. Kajenju trave se začne pripisovati presežne pomene, ki imajo lahko pozneje izredno stvarne učinke.

Motivacijski intervju je sicer lahko ocenjen tudi kot konfrontacijska tehnika. Od tradicionalnega prijema pa se razlikuje po tem, da spodbuja lastno ocenjevanje vsakdanjika. Posameznik, ki se drogira, ali njegovi bližnji se konfrontirajo s težavami, s problemi, ki jih imajo, in ne s konfrontirajočim »terapevtom«. Strokovni delavec mora zagotavljati podporo vsem tistim dejavnostim, ki pomagajo posamezniku pri ocenjevanju lastnega načina življenja in ki spodbujajo spremembo v smeri večje socialne kompetence.

Še enkrat je treba opozoriti, da motivacijski intervju ni nedirektivna tehnika (kakršna je npr. Rogersova). Posameznik v obravnavi ne določa tem poljubno. Strokovni delavec ga namensko usmerja v spodbujanje motivacije za spremembo. Strokovni delavec lahko zelo aktivno poseže v njegova razmišljanja in komentira ter ocenjuje posameznikove predloge. Pri tem pa mora ohraniti različnost pozicij. Posameznik sam mora preskušati in se spreminjati, sam je odgovoren za izvedbo, strokovni delavec pa mu mora pomagati pri načrtovanju in ocenjevanju načinov in ciljev spreminjanja.

Literatura

J. G. Barber (1997), *Socialno delo na področju zasvojenosti*. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve.

G. Hagman (1997), Stages of Change in Methadon Maintenance. Journal of Maintenance in the Addictions, 1.

D. MacDonald, V. Patterson (1991), *A Handbook of Drug Training*. London, New York: Tavistock/ Routledge

W. R. Miller, S. Rollnick (1991), *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York, London: Guilford press.

Dušan Nolimal

TERENSKO DELO Z UŽIVALCI DROG

SPLOŠNA NAČELA IN DOSEDANJE IZKUŠNJE S TERENSKIM DELOM V SLOVENIJI

UVOD

Do leta 1996 je strategija preprečevanja okužbe s HIV v populacijah injicirajočih uživalcev drog vključevala predvsem splošne izobraževalne medijske kampanje, telefonsko in drugo svetovanje s področja HIV, testiranje krvi na HIV protitelesa in strokovna usposabljanja za zdravstvene in nekatere druge delavce s področja drog in AIDSa. Te strategije so dopolnjevale v skupnost usmerjene samozaščitne organizacije in skupine prostovoljcev, kot je npr. Stigma v Ljubljani. Skupina je že od leta 1992 izvajala tudi program izmenjave brizg in igel, ki je še vedno edini v državi, ter se občasno spogledovala z drugimi terenskimi pristopi, zlasti v okviru sodelovanja z Inštitutom za varovanje zdravja RS na področju epidemiološke in raziskovalne dejavnosti.

Taka strategija pa je bila pomanjkljiva s stališča učinkovitega doseganja »težko dosegljivih skupin« uživalcev drog z različnimi za okužbo s HIV tveganimi vzorci vedenja. Tradicionalne metode zdravstvene vzgoje navadno ne ustrezajo zahtevam teh populacij. Znanja o ukrepih za zmanjševanje tveganja, posredovana prek radia, televizije, plakatov, časopisov težko dosežejo to populacijo. Razen tega so injicirajoči uživalci drog zaradi kaotičnega življenjskega stila, marginaliziranega položaja v skupnosti in kroničnega občutka ogroženosti nagnjeni k »pozabljanju« zdravstveno vzgojnih informacij in zavračanju nasvetov formalnih oziroma uradnih ustanov.

Zato smo v letu 1996 v okviru skupne strategije zmanjševanja škodljive uporabe drog in širjenja AIDSa pričeli intenzivno razvijati različne terenske prijeme pomoči injicirajočim uživalcem drog. V okviru mednarodnega sodelovanja (Pompidoujeva skupina, WHO, center Lindesmith) smo pričeli usposabljati socialne delavce, zdravnike splošne prakse, prostovoljce in druge ter usmerili pozornost na uveljavljanje programov in intervencij zmanjševaja škode na terenu.

Pri poskusih vpeljave terenskega dela pri nas smo naleteli na številne vzorce razmišljanja o tej obliki pomoči uživalcem drog. Na primer, razmišljanju o terenskem delu se poskušamo izogniti, srdito se ga branimo, na koncu ga sprejmemo; vseskozi računamo z njim kot z neizogibno nujnostjo; sprejmemo ga kot nekaj novega, kar lahko koristi... Opazili smo tudi odpore proti dejavnem sodelovanju uživalcev drog v programih.

OSNOVNA NAČELA TERENSKEGA DELA

Terensko delo je metoda zdravstvene vzgoje in dostopa do storitev in dejavnost v skupnosti, katere najpomembnejši cilj je zagotavljanje izboljšanja zdravja in zmanjševanje škode in negativnih posledic uporabe drog, zlasti tudi tveganja v zvezi s predoziranjem in širjenjem virusnih okužb. Terensko delo je zlasti namenjeno posameznikom in skupinam, ki jih obstoječe službe ne morejo učinkovito doseči.

Cilj terenskega dela je uvajanje zdravega ali bolj varnega načina vedenja, in sicer na tri načine:

- s povečevanjem zavedanja o tveganju za zdravje,

• s spodbujanjem k spremembam, ki pomenijo odmik od tveganega vedenja,
• z ohranjanjem pozitivnih sprememb vedenja.

Namen terenskega dela je doseči posameznike in skupine, ki niso v stiku s programi zmanjševanja škodljivih posledic uporabe drog, zlasti programi preprečevanja okužb z virusom HIV, pa bi tako pomoč potrebovali. Najmanj učinkovito terensko delo je tisto, ki navezuje stike z ljudmi, ki so že povezani z različnimi ustanovami in ne potrebujejo storitev terenskih delavcev. Na žalost je to največji neuspeh dosedanjega terenskega dela pri nas.

Terensko delo se dopolnjuje z drugimi javnozdravstvenimi dejavnostmi. Ne nadomešča, podvaja ali izničuje potrebe po drugih intervencijah, ampak nastopa le kot njihovo dopolnilo. Ali je terensko delo nujno ali ne, je odvisno od natančne epidemiološke ocene stanja na terenu in potreb posebnih ciljnih skupin in od učinkovitosti drugih, že obstoječih intervencij.

TERENSKO DELO Z UPORABNIKI DROG V ZDRAVSTVU IN SOCIALI

Terensko delo je metoda informiranja, vzgoje in dostopa do storitev in dejavnost v lokalni skupnosti, katere najpomembnejši cilj je zagotavljanje izboljšanja zdravja in aktivne socialne pomoči in zmanjševanje tveganj. Intervencije tako v zdravstvu kot v sociali so namenjene posameznikom in skupinam, ki jih obstoječe službe ne morejo učinkovito doseči.

Terensko delo *v zdravstvu* je tudi zdravstvena preventiva in vzgoja, zlasti zmanjševanje tveganj za širjenja virusa HIV, HVB, HVC (higiena igel, kondomov)...

Terensko delo *v sociali* je tudi socialna preventiva in vzgoja ter pomoč družini. Je predvsem *aktivna pomoč*, npr. zmanjševanje tveganj za stigmatizacijo, socialno izključenost, brezposelnost, kriminal, prostitucijo...

NEKATERI RAZLOGI ZA VPELJAVO TERENSKEGA DELA

Med razlogi za vpeljavo terenskega dela pri nas velja omeniti zlasti dvoje: prvič, obstoječe intervencije niso učinkovito dosegle vseh ciljnih posameznikov in skupin, in drugič, obstoječe intervencije niso ponudile vseh storitev, ki jih potrebujejo ciljne skupine..

Ciljne skupine terenskega dela pri nas bi glede na »povprečno« epidemiološko sliko na področju drog in zasvojenosti morale biti zlasti naslednje :

• mladi, ki si droge vbrizgavajo, zlasti mlajši od 25 let,
• vsi nekdanji ali novi vbrizgovalci, zlasti če si droge vbrizgavajo manj kot tri leta,
• občasni ali rekreativni in dolgotrajni vbrizgovalci, ki še niso navezali stikov s službami za pomoč,
• uporabniki poživil in ecstasyja,
• uporabniki drog, ki ponujajo seksualne usluge za pridobitev sredstev za droge,
• zasvojenci na prestajanju kazni v zaporih in drugih popravnih institucijah.

Med ključne naloge, ki so sestavni del terenskih intervencij, sodijo:

• doseči posameznike in skupine, ki nimajo stikov z obstoječimi službami,
• ponudito zaščitna sredstva in spodbujati spremembe vedenja,
• z napotitvijo spodbujati iskanje pomoči v različnih ustanovah in službah,
• olajšati spremembe v skupnosti,

VRSTE TERENSKEGA DELA

Razlikujemo vsaj tri glavne vrste terenskega dela:

• detaširano (poulično),
• domiciliarno (na domu),
• peripatetično.

Pri vseh oblikah terenskega dela so intervencije usmerjene k posameznik in/ali v skupnost.

Poulično terensko delo se izvaja npr. na ulicah, v barih, kavarnah, klubih, »sobah za vbrizgavanje«, železniških postajah...

Terensko delo *na domu* se odvija na domovih ciljnega prebivalstva. V predelih,

kjer ni ulične scene, lahko mnoge uživalce poiščemo kar na njihovih domovih ali domovih drugih uživalcev. Terensko delo na domu se izvaja z rednimi obiski na domu pri že znanih strankah projekta, lahko pa tudi z obiski na domovih razpečevalcev.

Peripatetično terensko delo se odvija v službah, katerih delo je usmerjeno k skupnosti ali v organizacijah, kakršne so npr. zapori, mladinski domovi, servisi za izmenjavo igel, javne hiše, šole... Namesto k posameznikom se tako terensko delo usmerja k organizacijam, v katerih lahko naveže stike s ciljnimi skupinami. Peripatetično terensko delo omogoča razdeljevanje vzgojno-zdravstvenih sporočil večjemu številu ljudi, obenem pa je namenjeno izobraževanju delavcev in osebja, ki izvajajo nadaljnje storitve.

Terensko delo, *usmerjeno k vrstnikom* (*peer education*), je posebna oblika terenskega dela, ki ga izvajajo posamezniki v svojih lastnih vrstniških skupinah in socialnih mrežah. Vzroki za izvajanje terenskega dela, usmerjenega k vrstniškim skupinam, so enaki tistim za izvajanje običajnega terenskega dela: obstoječe intervencije ne dosegajo učinkovito ciljnih skupin, oziroma, obstoječe intervencije na izvajajo storitev, ki jih ciljne skupine potrebujejo.

K vrstnikom usmerjeno terensko delo ima vse možnosti za premagovanje omejitev običajnega terenskega dela, ker lahko vrstniški vzgojitelji dosežejo večje število uporabnikov drog v svoji vrstniški skupini ali družbeni mreži. Vrstniški vzgojitelji so tudi primerni za posredovanje navodil za spremembe vedenja v skupini in pri posameznikih.

Za tradicionalno terensko delo je značilno »aritmetično« napredovanje, ciljna skupina so posamezniki, delno pokritje vrstniških skupin in spreminjanje vedenja posameznikov. Za terensko delo, usmerjeno k vrstniškim skupinam, pa je značilno bolj »geometrično« napredovanje, njegov domet so skupine posameznikov, popolno pokritje vrstniških skupin in spremembe vedenja celotne skupine.

VPELJEVANJE IN VODENJE TERENSKEGA DELA

Za sistematično vpeljevanje in vodenje terenskega dela je treba ugotaviti potrebe po terenskem delu, načrtovati cilje, naloge in strategije, izbrati in izobraziti terenske delavce, navezati stike na terenu in izvajati *terenske storitve*.

Vrste storitev, ki jih lahko ponuja terensko delo, so:

- nasvet, svetovanje, podpora
- razdeljevanje injekcijskega pribora
- razdeljevanje razkužila
- zdravstveno-vzgojna literatura
- samopomočna literatura
- napotitvena literatura
- razdeljevanje kondomov
- mobilne enote terenskega dela
- testiranje okuženosti z virusom HIV
- dnevni centri terenskega dela (zatočišča, *drop-in*)

Pri ugotavljanju potreb po terenskem delu je treba vedeti, do kolikšne mere uporabniki drog niso povezani z obstoječimi službami ter koliko pomoči dejansko te osebe potrebujejo. Proučiti in prepoznati moramo:

- skupine, ki jih obstoječe službe ne dosežejo učinkovito,
- različne skupine in njihove potrebe po storitvah,
- ključne spremembe v lokalnih vzorcih uživanja drog,
- lokacije, kjer se zbirajo uživalci drog,
- lokacije, na katerih se odvija promet in uživanje drog,
- vzorce razdeljevanja storitev in njihove dostopnosti,
- lokacije, kjer so storitve najbolj potrebne.

Pri načrtovanju teh nalog je treba poznati določeno skupino uživalcev drog, s katero želimo navezati stik; lokacijo in geografsko območje, ki ga želimo pokriti; preventivno gradivo, ki ga bomo razdeljevali; metode izvajanja zdravstvene vzgoje in svetovanja; metode napotitve k službam, centrom pomoči; spreminjanje določenih oblik vedenja; kazalce rezultatov; rezultate, ki jih želimo doseči. Pri tem se kaže vprašati: Ali bi moralo terensko delo spodbujati napotitve v obstoječe službe? Ali pa bi moralo

terensko delo izvajati storitve neposredno v skupnosti? Obstaja možnost, da terensko delo, usmerjeno k skupnosti, vpliva na spremembe vedenja? Kateri dejavniki ovirajo razvoj storitev v skupnosti? Lahko dosežemo ciljne skupine brez uporabe vrstniških vzgojiteljev? Potrebujemo spremembe pri vrednotah znotraj vrstniške skupine in v skupnosti?

Pomemben je opis nalog terenskih delavcev. Pri tem je treba določiti in zapisati naslednje:

- določitev časa terenskega dela in drugih dnevnih dejavnosti,
- pripravljenost navezovanja stikov z novimi in obnavljanja stikov s starimi strankami,
- obveznosti do nadzora, administrativnih opravil in vodenja,
- obveznosti pri epidemiološkem spremljanju in vrednotenju terenskega dela.

Nujna je supervizija terenskega dela (dosedanja supervizija terenskega dela v Sloveniji je potekala iz Inštituta za varovanje zdravja RS). Supervizorji morajo odgovoriti na naslednja vprašanja :

Ali terenski delavec dosega ciljne skupine? Ali je terenski delavec učinkovit pri navezovanju novih stikov? Ali terenski delavec zagotavlja učinkovito zdravstveno vzgojo in svetovanje? Ali terenski delavec učinkovito deluje pod različnimi pritiski? Ali terenskemu delavcu zaupajo in ali ga spoštujejo sodelavci in uporabniki drog? Ali je terenski delavec učinkovit pri razporejanju svojega časa? Ima terenski delavec vodstvene oziroma organizacijske sposobnosti?

EPIDEMIOLOŠKO SPREMLJNAJE IN EVALVACIJA TERENSKEGA DELA

Vse intervencije terenskega dela je treba ovrednotiti, da bi lahko ugotovili, v kolikšni meri so učinkovite in uspešne:

Kolikšna je bila stopnja nedosegljivosti strank s strani obstoječih storitev?

Kolikšna je bila stopnja potreb strank po pomoči?

Kolikšna je bila stopnja pomoči, ki so jo dobile stranke?

Kako velike spremembe so nastopile?

Pri epidemiološkem spremljanju uporabljamo naslednje *terenske epidemiološke kazalce*:

- lokacija, trajanje in vrsta stika,
- delež novih stikov s tistimi, ki doslej še nikoli niso bili v nobeni izmed lokalnih ustanov,
- delež obnovljenih stikov z ljudmi, ki po prvih stikih niso poiskali pomoči,
- vrsta storitve (zdravstvena vzgoja, preventiva),
- vrsta napotitve in delež uspešnih napotitev k lokalnim službam, ki delujejo znotraj svojih prostorov,
- delež obnovljenih stikov, ki kažejo na spremembe vedenja.

Na Inštitutu za varovanje zdravja smo v gornje namene izdelali obrazec za vsak novi stik, obrazec za vsak obnovljen stik in obrazec o tedenski dejavnosti.

SKLEP

Terensko delo je treba razvijati na podlagi terenske epidemiološke ocene in potreb užvalcev drog.

Terensko delo vključuje jasno definirane cilje in naloge zdravstvenih, socialnih in drugih delavcev

Vrstniški terenski delavci naj bi imeli ključno vlogo v terenskem delu. Seveda je potrebna kontinuirana supervizija. Pridobivanje osebja, izobraževanje in supervizija morajo biti sistematični in neprekinjeni.

Vsi terenski projekt potrebuje jasno strategijo in napisana navodila o pravicah in varnosti pri delu.

Organizacija terenskega dela mora biti finančno učinkovita in mora vključevati sodelovanje na lokalni ravni. Vse intervencije terenskega dela je treba epidemiološko spremljati in ovrednotiti, da bi lahko ugotovili, v kolikšni meri so učinkovite in uspešne.

Literatura

Buning E., G. Van Brussel, G. Van Santen (1990), The »metadone by bus« project in Amsterdam. *British Journal od Addiction*, 85: 1257-60.

Feldman, H. (1992), *Hitting the Streets: The Community Health Outreach Worker Model: A Manual for Conducting HIV/AIDS Prevention Outreach Service*. San Francisco: Youth Environment Service

Grund, J. P., P. Blanken, N. F. P. Adriaans *et al.* (1992), Reaching the unreached: An outreach model for »on the spot« AIDS prevention among active, out of treatment drug addicts. V: P. A. O'Hare *et al.* (ur.), *The Reduction of Drug Related Harm*. London: Routledge.

Koester, S. (1992), Applying an outreach-oriented public health model in three Denver neighbourhoods. V: *Community Based Research and Aids Prevention*. New York: Bergin and Garvey Press.

Rhodes, T. (1994) Outreach, peer education and community change: develpoments and dilemmas, Health Education Journal, 53, 92-9

Rhodes, T., R. Hartnoll (1991), Reaching the hard to reach: Models of HIV Outreach Health Education. V: P. Aggleton, G. Hart, P. Davies (ur.), *AIDS: Responses, Interventions and Care*. London: Falmer Press.

Rhodes, T., J. Holland (1992), Outreach as a stratega for HIV prevention: Aims and practice. *Health Education Research*, 7, 4: 533-46.

Rhodes, T., J. Holland, R. Hartnoll, A. Johnson (1990), *HIV Outreach Healt Education: National and International Perspectives, Summary Report to the Department of Health*. London: University of London Birkbeck College.

Wiebel, W. (1993), *The Indigenous Outreach Model: Intervention Manual*. Rockville: US Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse.

Jože Hren

TERENSKO DELO

UVOD

V okviru Aids Fondacije Robert v Ljubljani se z izvajanjem nizkopražnih programov dela z uživalci drog ukvarjamo že nekaj let. V tem času smo si nabrali dovolj izkušenj, ki so lahko koristne drugim organizacijam, ki po Sloveniji razvijajo podobne dejavnosti, hkrati pa lahko naše izkušnje, znanje in tudi problemi, s katerimi se soočamo, spodbudijo živahnejšo razpravo o problematiki uživalcev drog, različnih programih dela z uživalci, sistemski umeščenosti različnih, zlasti civilnih programov pomoči uživalcem itn.

Organizacija, v okviru katere delujemo, je nevladna, kar pomeni zlasti dvoje: prvič, vsebinsko smo lahko pri delu bolj inovativni in bolj prilagodljivi potrebam naše ciljne populacije, in drugič, zaradi sistemske neurejenosti civilnega sektorja smo v neenakopravnem položaju v primerjavi z javnimi službami, zlasti glede financiranja. Slednje dela nemajhne težave (verjetno večini nevladnih organizacij) ne le zaradi nikoli zadostnih sredstev, pridobljenih na javnih razpisih, temveč tudi zaradi obilice dodatnega administrativnega dela, ki ga prinese še tako majhna dotacija.

Zapisati velja, da ima terensko delo v Sloveniji že kar dolgo tradicijo. Številna so delovna področja v socialnem varstvu, zdravstvu in šolstvu, kjer delo poteka tudi izven pisarn na področju, ki ga lahko definiramo kot uporabnikovo.

Tudi na področju terenskega dela z uživalci drog so v Sloveniji že nekajletne izkušnje. Nekaj projektov terenskega dela je imelo predvsem raziskovalni značaj.

S posvetom »Pragmatika socialnega dela na področju uživanja drog« se je poskušalo prvikrat na tak način poiskati vsebinske vzporednice med socialnem delom in metodami zmanjševanja škode. Menimo, da je skupno iskanje in definiranje oblik in ciljev sodelovanja med uživalcem drog na eni in ponudnikom pomoči na drugi strani skupni imenovalec, kjer se lahko srečata stroka socialnega dela in prijemi za zmanjševanje škode.

TERENSKO DELO Z UŽIVALCI DROG

KRATEK ZGODOVINSKI PREGLED RAZVOJA TERENSKEGA DELA

Terensko delo so najprej razvili v ZDA ob koncu petdesetih let kot odgovor na problem cestnih tolp. Člani mladinskih tolp so prisilili delavce ustreznih služb, da so se preselili na vogale cest in v različne igralnice, če so hoteli z njimi obdržati stik.

V šestdesetih letih so prenesli terensko delo v Anglijo. Sprva v obliki neformalnih čajnic tipa »*Drop-in*«, v katerih so bili zaposleni različni strokovnjaki. Nova gibanja mladih — rokerji, modsi, hipiji — so zahtevali drugačen prijem. V okviru socialnih, cerkvenih ali zasebnih organizacij so odpirali mladinske klube, kjer so mladim ponujali možnost, da poslušali glasbo, pijejo čaj ali kavo ter ohranjajo svoj cestni *image*. Delavci teh centrov so na terenu, po cestah in soseskah vabili mlade, naj jih obiščejo.

V sedemdesetih letih so se specializirane institucije na področju drog zavedele problema, da veliko uporabnikov nelegalnih

drog ne uporablja njihovih uslug. Njihovi strokovnjaki so se ozrli na izkušnje mladinskih klubov in njihovega načina dela. Večina tega dela je bila koncentrirana v velikih mestih. Prvi projekti terenskega dela z uživalci drog so bili oblikovani v ZDA in na Nizozemskem.

Osemdeseta leta so prinesla epidemijo uživanja heroina v različnih predelih sveta. Šele povezava velikega števila intravenoznih uživalcev drog z nevarnostjo okužbe z virusom HIV je sprožila skrb in interes družbe za ta problem in s tem tudi za terensko delo. Stališče je bilo, da je lahko terensko delo ena od metod za povečanje stikov z uživalci drog. Ko so stiki enkrat vzpostavljeni, se poveča možnost ozaveščanja posameznikov o vseh vidikih uživanja drog.

Nevarnost okužbe z virusom HIV pa ni edini razlog za uvajanje terenskega dela v prakso. Ravno tako je pomembno spoznanje, da ima stike z organiziranimi javnimi službami le majhen odstotek uživalcev.

Na Nizozemskem je bila iniciativa uvajanja terenskega dela na strani uživalcev. Sami so oblikovali samopomočne skupine za varovanje svojega dostojanstva in za spremembe na področju zdravljenja in represivnih ukrepov. Njihov sindikat uživalcev (*Dutch junkiebonden*) je na začetku 80-ih z državnim denarjem vzpostavil program zamenjave igel.

ZAKAJ TERENSKO DELO?

Pri delu pogosto premalo ali pa sploh ne prisluhnemo dejanskim potrebam uživalcev drog. Raje smo sami oblikovali službe, za katere smo menili, da jih uživalci potrebujejo. Ernest Buning je nekje zapisal, da ima v različnih državah sveta danes le do 10% uživalcev stike s temi službami.

SKRITA POPULACIJA

Ko sem se seznanjal s terenskim delom, sem bil na moč presenečen, odkod toliko nejasnosti v zvezi s tem delom. Menil sem, da je to nujno in samoumevno delo, ki bi ga strokovnjaki morali sprejeti. Delo na terenu ima smisel, če verjamemo, da obstaja za populacijo, s katero imamo stik, še ena skupina, s katero nimamo stikov. Če se tega zavedamo, je naša naloga jasna: vzpostaviti želimo stik s to skrito skupino. *Ugotoviti moramo torej, ali lahko naš stik z njimi spremeni njihovo vedenje.* Če stik s to skupino ničesar ne spremeni in če ne omogočimo ustrezne obravnave tudi z elementi znanja, ki bi lahko spremenili načine obnašanja, potem nima smisla, da z njo ohranjamo stik.

Enotno definicijo terenskega dela je zaradi različnih pogledov na cilje, namene in postopke težko podati. Eden izmed poskusov definiranja bi lahko bil: terensko delo je v skupnost usmerjena dejavnost s splošnim ciljem spodbujanja izboljšanja socialnega in zdravstvenega stanja ter zmanjševanja tveganja okužbe z virusom HIV pri posameznikih in skupinah, ki jih obstoječe tradicionalne službe ne dosežejo.

KJE SE IZVAJA TERENSKO DELO

Ulično terensko delo (*detached outreach*) delo se izvaja izven sedežev služb oziroma organizacij – na ulicah, v lokalih, barih in diskotekah.

Peripatetično terensko delo (*peripatetic outreach*) se bolj kot na posameznike osredotoča na organizacije ter vključuje delo v zavodih, klubih, šolah in zaporih.

Terensko delo na domu (*domiciliary outreach*) vključuje obiskovanje prebivališč ciljne populacije. Ta metoda je uporabna tam, kjer ni jasno definiranih mest, kjer bi se zbirali uživalci.

KAJ ŽELIMO S TERENSKIM DELOM SPREMENITI?

Pri terenskem delu, usmerjenem v posameznika in utemeljenem na odnosu klient-delavec, je težišče na skupnem dogovarjanju o reševanju problemov s ciljem spreminjanja individualnih rizičnih vedenj. Govorimo o opolnomočenju ciljne skupine. Aktivna udeležba v odnosu pomeni tudi razmišljanje o sebi, spremembo zaznavanja lastne vrednosti in sposobnosti in s tem možnosti za spreminjanje.

Pri terenskem delu, usmerjenem v skupnost, je težišče interesa bolj kot na posamezniku v širšem okolju. Cilj tega dela je v spreminjanju dvomljivih norm, vrednot in navad celotnih skupnosti. Tako delovanje naj bi vplivalo na dojemanje in ravnanje celotne skupnosti.

KAKO IZVAJATI PROGRAM TERENSKEGA DELA Z UŽIVALCI DROG

Praktično, neposredno terensko delo z uživalci drog se načrtuje v petih stopnjah:

- delovni osnutek, program,
- raziskava terena,
- identifikacija ciljne skupine,
- implementacija dela,
- evalvacija.

Ti koraki pa se med seboj lahko prepletajo in kronološko niso nujno v tem zaporedju.

DELOVNI OSNUTEK, PROGRAM

Pri načrtovanju operativnega programa je prvi korak natančen delovni osnutek, ki določi, kaj se bo na terenu delalo, kakšni so nameni in cilji programa in kako jih lahko dosežemo. Osnutek mora vsebovati še nekaj tehničnih podatkov, kot so supervizija in druga podpora delavcem, prostori, odnos do drugih služb in načrt razvoja programa. Pomemben vidik načrtovanja programa je tudi skrb za varnost terenskih delavcev. Pred začetkom izvajanja programa terenskega dela nam bo v izdatno pomoč, če bomo imeli podatke o vrstah drog, ki se uživajo na tistem območju, in posebnostih tamkajšnjih uživalcev, kakšne težave imajo, ali se že druge službe ukvarjajo s tem problemom, ali obstajajo skupine, ki niso v stiku z nobeno od služb. V pomoč nam bo, če bomo v načrtovanje in izvedbo programa vključili posameznike iz ciljne populacije.

RAZISKAVA

Raziskava terena lahko poteka sočasno z načrtovanjem programa, saj je podlaga za artikulacijo ciljev. Poseben pomen imajo kvalitativne raziskave, različne zgodbe s terena, anekdote. Prva naloga raziskovanja je pridobiti splošen vtis o tem, kakšne droge se na nekem območju uživajo in kdo so uživalci. Informacije o tem lahko pridobimo pri različnih službah ali posameznikih: zdravstvo, sociala, policija, različna društva itn.

IDENTIFIKACIJA CILJNE SKUPINE

Identificirati poskušamo tiste posameznike in skupine, ki v danem trenutku ne iščejo nobene pomoči ali niso v stiku z nobeno od institucij. Do teh skupin navadno pridemo na podlagi nepreverjenih informacij drugih strank. Tukaj je že prva priložnost za terenske delavce, da poskušajo z raziskavo na terenu ugotoviti, kaj se dejansko skriva za temi informacijami. Ciljna skupina »uživalci drog« je zelo velika, zato je koristno natančneje opredeliti, katere so specifične lastnosti skupine, s katero nameravamo delati.

INTRAVENOZNI UŽIVALCI DROG

Netočno bi bilo govoriti, da so intravenozni uživalci zaključena, ekskluzivna skupina. Iz čisto praktičnih razlogov je bolje, da poskušamo to veliko skupino razdeliti na podskupine, saj bo na ta način načrtovanje dela lažje. Terenski delavci srečujejo stranke v različnih fazah njihove kariere uživanja drog. Zato morajo biti seznanjeni z vsemi posebnostmi posamezne droge in njihovimi učinki.

Uživalci heroina

Prva podskupina, na katero navadno pomislimo, ko govorimo o uživanju nelegalnih drog, so uživalci heroina, ki dnevno potrebujejo drogo. S to skupino je v praksi najlažje stopiti v stik. Veliko uživalcev heroina

se sčasoma vključi v metadonski vzdrževalni program. Ko so vključeni vanj, je z njimi veliko lažje navezovati stike in tudi sami so bolj motivirani za sodelovanje. Uživalci heroina se bodo odzivali na prakso terenskega dela, ki je v prvi vrsti namenjena njim in njihovim realnim potrebam in interesom in vsebuje elemente zagovorništva. Pri zagovorništvu terenski delavec posreduje med uživalcem drog in službo, katere pomoč uživalec potrebuje, npr. pomoč pri iskanju zaposlitve, v šoli, pri iskanju stanovanja, prehranjevanju, vključevanju v metadonski program, detoksikaciji, vključevanju v terapevtske skupnosti itn. Delo na terenu se lahko zelo hitro razvije od zgolj navezovanja kontaktov k zelo kompleksni dejavnosti svetovanja in socialne pomoči.

Uživalci različnih drog

Naslednja skupina so intravenozni uživalci drog, ki si injicirajo vse, kar dobijo pod roko. Ne omejujejo se zgolj na heroin. Navadno so tudi »težki pivci«. Tukaj je pomembno poudariti, da je z uživalci zgolj heroina laže sodelovati kot z politoksikomani. Heroinska odvisnost vključuje predvidljiva psihološka stanja in reakcije. Politoksikomani pa so v svojih reakcijah silno nepredvidljivi. Obstaja več stičnih točk med politoksikomani in alkoholiki kot med uživalci heroina in alkoholiki. Alkoholikom zdravniki pogosteje predpišejo kakšno psihoaktivno substanco, ki jo politoksikomani z veseljem vzamejo. Z dostopnostjo metadona v zdravniški oskrbi se je povečalo pitje alkohola nasploh. Prej je namreč moral posameznik za nabavo dnevne doze porabiti ves svoj denar. Z vključitvijo v metadonski vzdrževalni program pa si marsikdo lahko privošči tudi alkohol.

Uživalci amfetaminov

Naslednja podskupina uživalcev so tisti, ki si injicirajo stimulante, kot je amfetamin. V tujini imajo že razvite posebne oblike dela za to populacijo. Tako organizirajo detoksikacijo za uživalce amfetaminov, vzdrževalne programe, programe razdeljevanja in zamenjave igel.

Rekreativni uživalci

Večina različnih služb, ki delujejo na področju odvisnosti, je namenjena potrebam uživalcev opiatov. Najlažji način, kako zajeti populacijo intravenoznih uživalcev drog in vzpostaviti z njimi sodelovanje, je omogočiti jim dostop do metadonskega programa in programov razdeljevanja in zamenjave igel. Obstaja veliko drog, ki so modne, vendar se še ne pojavljajo kot problem za tiste, ki jih jemljejo, niti za različne institucije. Omenimo lahko tobak in alkohol in tudi marihuano. Veliko ljudi uživa eno ali drugo drogo, vendar na to ne gledajo kot na problem. Prav tako veliko ljudi uživa različna pomirjevala in poživila, ki jih dobijo na recept, kadar se znajdejo v težavah.

Domnevamo, da rekreativni uživalci drog ne iščejo nobene oblike pomoči, ker ne čutijo, da imajo probleme.

Kaj pomeni »problematičen uživalec drog«? Navadno je to posameznik, ki ima težave na telesnem, psihološkem, pravnem in socialnem področju.

Pri taki definiciji problematičnega uživalca drog se tisti posameznik, ki ne jemlje drog dnevno, ne počuti tako, kot da ima resnične probleme.

Prostitucija

To je v našem prostoru še razmeroma nov pojav, s katerim pa se v tujini veliko ukvarjajo. S prostitucijo, tako žensko kot moško, se pogosto veže tudi uživanje drog, s tem se pa še poveča nevarnost širjenja različnih prenosljivih bolezni.

Zapori

V tujini obstajajo različni projekti, ki izvajajo terensko delo v zaporih, ko terenski delavci ohranjajo stike z zaporniki tudi med prestajanjem kazni. Zlasti pomembno je to za tiste zapornike, ki so pred odpustom.

IMPLEMENTACIJA DELA

Implementacija dela je način, kako bo terenski delavec pristopil k določeni skupini.

Kakšne tehnike in metode dela bo uporabljal. Navadno se izvaja terensko delo v paru, po možnosti različnih spolov. Stike s ciljno skupino je mogoče ustvariti »na suho« ali po metodi snežne kepe. »Na suho« pomeni, da se terenski delavec dobesedno predstavi uživalcu drog. To se lahko zgodi v daljšem časovnem obdobju in postopno, kar pomeni, da se terenski delavec dlje časa giblje in zadržuje na krajih, kjer se nahajajo uživalci drog in na tak način počasi ustvarja poznanstvo. Delo si je mogoče olajšati z deljenjem različnih zloženk in drugega pisnega gradiva.

Metoda snežne kepe je lažja in pri navezovanju kontaktov hitrejša. Uživalce, s katerimi imamo stike, naprosimo, naj nas seznanijo z svojimi znanci, s tistimi, ki tudi uživajo droge in niso v stiku z nobeno službo pomoči. Te nato naprosimo, naj storijo enako. Pomembno je vzdrževati dobre odnose s tistimi uživalci, ki so pripravljeni in uspešni pri navezovanju novih stikov. Preveriti je treba tudi možnosti dodatnega angažiranja uživalcev ali celo zaposlovanja.

EVALVACIJA

Evalvacija programa mora biti vključena že v načrtovanje projekta. Od začetka izvajanja programa je pomembno beleženje posameznih podatkov, informacij in stališč. Evalvacija pomeni kvantitativno in kvalitativno zbiranje podatkov. Kvalitativne podatke je težko meriti, so pa nujno potrebni za uspešen projekt terenskega dela.

KAJ JE POMEMBNO PRI ISKANJU TERENSKIH DELAVCEV

IZOBRAZBA

Za izvajanje terenskega dela še ne obstaja strokovno usposabljanje. Torej še ne obstaja formalni fond znanja, ki naj bi ga terenski delavec osvojil. Večina terenskih delavcev v Veliki Britaniji ima izobrazbo zdravstvene smeri. Znanja in veščine, ki jih pridobijo pri študiju, zadostujejo za delo z uživalci drog in so lahko uporabni tudi v kontekstu terenskega dela. Zaradi specifičnosti terenskega dela, kjer se lahko delavec znajde v nelegalnih situacijah, je lahko izobrazba kompromitirajoča z vidika spoštovanja profesionalnega in etičnega kodeksa. Terensko delo za sedaj tudi še ne omogoča strukturirane in napovedljive kariere.

ZAPOSLITI BIVŠEGA ALI AKTUALNEGA UŽIVALCA

Zaposlovanje bivših ali aktualnih uživalcev je pogosta praksa v ZDA in Veliki Britaniji. Očitna prednost zaposlovanja bivših uživalcev je v njihovem poznavanju kulture in okolja ter skupin in posameznikov, ki uživajo droge. Prednost zaposlovanja bivših uživalcev je tudi v tem, da so lahko model identifikacije drugim uživalcem. Obstajajo pa tudi pomanjkljivosti, namreč tveganje recidiva.

SPOL

Posebno pozornost pri terenskem delu je treba posvečati uživalkam drog, zlasti še, če je uživanje drog povezano s prostitucijo. Po potrebi naj bi z njimi delale le ženske.

IZKUŠNJE

Tu mislimo zlasti na poznavanje okolja, v katerem terensko delo poteka, na poznavanje lokalne scene, mrež in institucij.

OSEBNOSTNE KVALITETE IN IZKUŠNJE

Najpomembnejši dejavnik izbora so osebnostne kvalitete. Lastnosti, kot so iniciativnost, kooperativnost, sposobnost delati sam in v timu, uravnoteženost, ustvarjalnost, neobsojanje, so bistvene za dobrega terenskega delavca. Terenski delavci morajo biti tudi pripravljeni sprejeti določeno tveganje.

OPIS TERENSKEGA DELA V AIDS FONDACIJI ROBERT

V AIDS Fondaciji Robert smo projekt terenskega dela z intravenoznimi uživalci drog zasnovali kot nadaljevanje mednarodnega pilotskega projekta WHO Slovenija-Češka, ki je potekal leta 1996. Ob koncu projekta zaradi porabe sredstev nismo mogli nadaljevati dela, kar bi bilo najbolj smiselno in korektno do ciljne populacije, ki smo jo zajeli. Po prijavi projekta terenskega dela z uživalci drog na vseh razpisih na področju problematike drog in po pridobljeni skromni finančni podpori smo nadaljevali. Bili pa smo prisiljeni vse aktivnosti v zvezi z razvojem ne le terenskega dela z uživalci drog, temveč tudi z razvojem celotne vizije nizkopražnih programov (*Drop-in*, zamenjava in deljenje igel, samopomočne skupine, skupine mladoletnikov, ženske skupine, svetovanje itn.) ohranjati v minimalnem obsegu.

Na podlagi potreb, ki smo jih zaznali na terenu, je bil naš prvi cilj odprtje dnevnega centra (*Drop-in*) za uživalce drog. K sodelovanju smo povabili sodelavce, ki so z našo pomočjo in s silno skromnimi sredstvi razvili samostojen projekt.

V tem prvem obdobju delovanja projekta je k sodelovanju pristopila Visoka šola za socialno delo v Ljubljani. Študentje tretjega in četrtega letnika sedaj opravljajo prakso v okviru terenskega dela z uživalci drog in centra *Drop-in*.

Vzporeden korak v tem obdobju je tudi dogovarjanje z nekaj uživalci, da bi se vključili v projekt kot terenski delavci. Pri Fondaciji želimo poiskati zlasti tiste uživalce nedovoljenih drog, ki ne iščejo nobene oblike pomoči, torej tiste, ki so skriti in s tem najbolj ogroženi. Pri navezovanju stikov pa so nam lahko v neprecenljivo pomoč aktualni ali bivši uživalci.

CILJI

Med najpomembnejšimi cilji terenskega dela so:

- Omejevanje širjenja virusa HIV.
- Razvijanje zaupanja med uživalci in ponudniki pomoči. Terenski delavci izvajajo ustrezno svetovalno pomoč in skrbijo za povezavo z ostalimi službami pomoči.
- Zamenjava sterilnega pribora za injiciranje in razdeljevanje informacijskih gradiv o varnem injiciranju, varnejši spolnosti, virusih HIV in hepatitisa, pisne informacije o možnih oblikah institucionalne pomoči. Vse to gradivo se deli brezplačno.
- Svetovanje pri zdravstvenih in socialnih težavah.

Vse skupaj sodi k osnovnemu cilju: vzpostaviti zaupanje med uživalci in terenskimi delavci.

DELOVANJE DNEVNEGA CENTRA »*DROP-IN*«

Dnevni center »*Drop-in*« se je razvil iz potrebe po dodatni in obenem skorajda nujni ponudbi storitev za uživalce nelegalnih drog. Pri izvajanju terenskega dela z uživalci drog se pri navezovanju stikov praviloma srečujemo z vprašanji, kam bi lahko povabili uživalce, da bi se počutili varne in bi jim lahko ponudili še kakšno dodatno storitev.

Namen:

- minimaliziranje škode zaradi uživanja drog z deljenjem različnih materialov;
- pomoč in nasveti pri socialnih in zdravstvenih težavah;
- spodbujanje boljše kakovosti življenja;
- pomoč pri vključevanju v višjepražne programe, če posameznik izrazi tako željo;
- ciljna skupina so uživalci drog.

Cilja:

- zagotavljanje storitev za uživalce, ki so sprejemljive, dostopne in zaupne;
- ni poglavitni cilj abstinenca, temveč zmanjševanje škode, povezane z uživanjem drog;

Vsebina dela:

- pogovori, informacije, ustvarjanje zaupanja;
- nasveti;
- svetovanje;
- zamenjava igel;
- sodelovanje z drugimi programi.

Pravila za uporabnike Drop-in:

- v prostorih, zunaj njih ali v okolici je prepovedano prodajati, kupovati ali uporabljati nelegalne droge in alkohol;

• prepovedano je nasilje, verbalno in fizično;
• omejiti zadrževanje zunaj prostorov;
• skrb za red in čistočo.

O vseh storitvah na terenu in v centru *Drop-in* se vodi evidenca, ki zajema število uživalcev, spol, starost (ocena), število izdanih brizgalk (natančno) in vrnjenih brizgalk (ocena), ostali material, kondomi, vzgojno informativno gradivo, kontejnerji, esmark, askorbinska kislina.

SKLEP

Nizkopražni programi dela z uživalci drog, zlasti terensko delo, v Sloveniji še niso razviti tako, kot smo prepričani, da bi morali biti. V veliki meri je kriva nezadostna finančna podprtost tovrstnih programov. Zanimivo je, da je v strokovni javnosti vselej dovolj zgolj verbalne podpore za izvajanje terenskega dela. Večina akterjev, ki delujemo v programih, je v dopoldanskih urah redno zaposlena drugje. Samo z entuziazmom, in to v popoldanskem času, se nam na daljši rok prav gotovo ne bo posrečilo ohraniti obstoječih programov in še manj razviti novih. Zato je nujno zaposliti ljudi, ki bodo nadaljevali začeto delo.

Literatura

M. Gilman (1992), *Outreach*. London: ISDD.

T. Rhodes (1996), *Outreach work with drug users: Principles and practice*. Strasburg: Council of Europe, Pompidou Group.

R. Yates, M. Gilman (1990), *Seeing more drug users: Outreach work and beyond*. Manchester: Lifeline project.

Milan Krek

TERENSKO DELO – PRILOŽNOST ZA INTERDISCIPLINARNI PRIJEM

UVOD

Uporaba in odvisnost od psihoaktivnih snovi (v nadaljevanju drog, ker je ta izraz bolj prisoten v slovenskem prostoru in tudi bolj razumljiv) je multidisciplinaren in globalen problem družbe in ne zgolj problem družine in ožjega okolja oseb, odvisnih od drog, ali celo samo problem osebe same, ki zlorablja droge. S tem seveda nočem trditi, da uporaba drog ni lahko tudi problem osebe, ki uporablja droge. Ravno zaradi tako velike družbene razsežnosti problematike, ki je vezana na droge, je zaželeno, da se s tem problemom profesionalno ukvarja čimveč strokovnjakov z različnih področij in ne samo strokovnjakov, temveč tudi prostovoljcev in drugih oseb, ki želijo sodelovati in so ustrezno usposobljeni za to delo (Gržan 1999). Doseči bi morali, da bi se večina od nas zavedala, kaj so droge, kakšne posledice imajo tako droge kot naš odnos do njih in kako lahko uspešno reguliramo to področje, tako da so posledice uporabe drog čim manjše. Da bi spremenili obnašanje naših prebivalcev do drog in preprečili odrivanje oseb, odvisnih od drog, na obrobje družbe, je treba čim globalneje ozaveščati prebivalce. Zlasti pa raziskovati problem odvisnosti in na podlagi lastnih in tujih dognanj vpeljevati nujne ukrepe, tako preventivne kot terapevtske, rehabilitacijske in resocializacijske. Glavni akterji pri tem delu so seveda ljudje, strokovnjaki, ki v našem prostoru praviloma izhajajo iz različnih življenskih okolij, a tudi iz različnih izobraževalnih programov, starostnih skupin in svetovnih nazorov. Ravno zaradi tega pa se njihovi pogledi – tako strokovni kot laični – na sam problem uporabe in zlorabe drog in ukrepanja na tem področju pogosto zelo razlikujejo, kar samo po sebi niti ni slabo, včasih je celo zelo pozitivno. Vendar pa je ta večplastna različnost včasih tudi ovira za uspešno interdisciplinarno obravnavo posameznika ali problema uporabe drog kot celote.

Kot prvo nalogo na tem področju vidim predvsem poenotenje strokovnega izrazoslovja. Ob tem pričakujem, da se bo v dodiplomskem izobraževanju na različnih usmeritvah vzpostavilo redne programe izobraževanja s tega področja, kar je seveda pogoj, da se ustvari določena količina znanja, ki je nujno potrebna za delo na tem področju in kvalitetne medsebojne pretoke informacij. Hkrati pričakujem, da se bo poenotila terminologoja ali temeljni nabor pojmov in definicij in da bomo na ta način omogočili kvalitetno komunikacijo med različnimi strokovnjaki. Vpeljava temeljnega izobraževanja s področja odvisnosti v dodiplomski študij pa bo pripeljala do tega, da se bodo lahko strokovnjaki različnih usmeritev kvalitetno pogovarjali o problematiki odvisnosti od drog in da bodo učinkovitejši pri delu v interdisciplinarnih skupinah. Ko smo pred kratkim v Frankfurtu vprašali tamkajšnje strokovnjake, ali imajo kakšne dodatne vrste izobraževanja, so odgovorili, da ne. Večina njihovih strokovnjakov se že med šolanjem tako temeljito izobrazi in tudi usposobi za praktično delo, da potrebujejo le občasne dodatne izobraževalne programe.

PROBLEM IZRAZOSLOVJA

Ko se pogovarjamo o drogah in poskušamo aktivno posegati v dogajanje na področju uporabe in zlorabe drog, je treba imeti vsaj skupno »abecedo«. Že pri nazivu oseb, odvisnih od drog, se lahko ustavimo in ugotovimo, da jih bodo nekateri psihologi imenovali klienti, drugi uporabniki programa, zdravniki jih bodo imenovali pacienti ali bolniki, nekateri starši jih imenujejo narkomani ali odvisniki, okolica jim je dala neprijeten naziv drogeraši itn. Sami pa se imenujejo včasih tudi s tujko džankiji in nekateri so na to zelo ponosni. Večina teh izrazov pa pomeni odrivanje oseb, odvisnih od drog, na družbeno obrobje.

Tako je v tej poplavi izrazov, ki včasih človeka popolnoma razčlovečijo (odvisnik, narkoman itn.), težko uspešno delati in se ustrezno sporazumevati. Včasih osebi, odvisnih od drog, z izrazoslovjem (narkoman ipd.) niti ne damo priložnosti, da bi bila oseba, človeško bitje, ampak jo že z samim izrazom postavimo na obrobje družbe — v trenutku jo pošljemo iz »normalne« družbe. Takoj jo postavimo zgolj v vlogo negativca, ki nas ogroža in jo je treba v vsakem primeru omejiti v njenih dejanjih, ji odvzeti večino pravic, ki ji jih daje ustava in obstoječa zakonodaja, in ji priskrbeti v najboljšem primeru skrbnika, ki bo skrbel zanjo (nedavna izkušnja iz Centra za preventivo in zdravljenje odvisnosti v Kopru, kjer so starši preprosto pozabili, da ima polnoletna hčer pravico izbirati način zdravljenja mimo volje staršev. Časopisi so se na veliko razpisali o starševskih pravicah, nihče pa ni pisal o tem, da je bilo zaradi samovolje in agresije staršev dekletu, ki je bila polnolena, odvzeto zdravljenje in hkrati tudi pravica odločanja o sami sebi.)

Nekaterim strokovnjakom pomeni odvisnost bolezen, drugim razvado, tretjim samo začasno stranpot v življenju in nekaterim zanimiv primer za raziskovalno dejavnost (Kaplan, Sadock 1990). Vendar za »primerom« vedno stoji človek s srcem, dušo in željami, travmami in veselimi in žalostnimi izkušnjami. In greh bi ga bilo izničiti na kos papirja z osnovnimi podatki, anketo in raziskovalno nalogo, v kateri je le primer.

Nekateri terapevti imajo za cilj popolno abstinenco. Drugi imajo za cilj zmanjševanje škode; tu gre za socialno politiko, ki poskuša zmanjšati negativne vplive uporabe drog in s tem dvigniti kakovost življenske ravni uživalcev drog (Fojan 1996).

Ob tej zmedi na področju izrazoslovja in sprejemanja odvisnosti na različne načine je verjetno težko vpeljati vsaj delno poenoteno terminologijo, ki bi zadovoljila temeljne potrebe po boljšem sporazumevanju med strokovnjaki in jim ne nazadnje tudi omogočila učinkovitejše delo v interdisciplinarnih skupinah. Predstavljajte si delo multidisciplinarne skupine, v kateri se ne strinjajo niti o imenu skupine ljudi, ki so ciljna skupina njihovega dela.

METODE DELA NA TERENU

Vsaka znanost ali stroka, ki dela v Sloveniji na področju drog, ima svoj prijem, kar sicer ni slabo, a ti prijemi včasih niso usklajeni z drugimi strokami. Tako se lahko zgodi, da osebe, odvisne od drog, ki so vključene v zdravljenje v posamezne programe, v enem dnevu rešujejo več vprašalnikov. V enem so imenovani klienti, v drugem pacienti in v tretjem osebe, odvisne od drog. Zmedo, ki jo imamo na strokovnem področju, prenašamo tako v vsakodnevno življenje, med starše oseb, odvisnih od drog, med same uporabnike naših storitev in tudi v medije. Seveda tudi vsaka stroka mimo druge razvija svoje metode zdravljenja in s temi metodami v dodiplomskem in podiplomskem študiju seznanja svoje študente in že formirane strokovnjake (Kaplan, Sadock 1990). Med študijem to sicer za študente ni poseben problem, saj se praviloma večina študentov sreča s pravimi in ne zgolj teoretičnimi osebami, odvisnimi od drog, pri delu v timu le na vajah in v učbenikih. Popolnoma drugače je seveda v vsakdanjem življenju, ko pridejo ti bivši študentje v interdisciplinarno skupino strokovnjakov in je treba čisto konkretni osebi, odvisni od drog, ki se želi ali ne želi zdraviti, predpisati eno in samo eno celostno terapijo, kjer se bodo aktivnosti posameznih strokovnjakov med seboj dopolnjevale ali si sledile v

določenem sosledju (American Psychiatric Association 1995).

Tedaj se začne večina strokovnjakov ubadati z pomembnim problemom, kako sodelovati. Kaj kolega misli s tem ali onim izrazom; bodo upoštevali moj predlog terapije; kolegi iz drugih strok v skupini sploh razumejo, kaj hočem in kaj predlagam? Kako naj jim na razumljiv način pojasnim, kaj hočem in kaj predlagam? Morda ne poznajo metodologije dela, ki sem se je naučil med študijem.

Seveda smo tudi terapevti različne osebnosti in nekateri lahko te nedorečenosti na področju sodelovanja različnih metod zdravljenja premostijo elegantno in brez velikih težav, drugi pa potrebujejo pomoč cele skupine, ki jim mora omogočiti, da lahko povedo svoje mnenje. Bil sem že priča dogodku, ko je eden od strokovnjakov preprosto vstal in šel s kolegija, ker ni imel več moči, da bi še naprej prepričeval sodelavce. Še danes sem prepričan, da smo tedaj govorili o istih stvareh, le vsak je imel drugačen strokovni prijem.

RAZLIČNI KONCEPTI PREVENTIVE, ZDRAVLJENJA IN REHABILITACIJE

Na področju obvladovanja posledic, ki jih puščajo droge, obstaja kar nekaj teorij in praktičnih prijemov pri preventivnem, terapevtskem in rehabilitacijskem delu z osebami, odvisnimi od drog; razlikujejo se tudi glede na to, pri katerem študiju so si strokovnjaki pridobivali znanja. In kaj lahko se zgodi, da so starši v določeni šoli v nekajtedenskem presledku pri preventivnih aktivnostih deležni kar nekaj na videz nasprotujočih informacij. Ravnatelj organizira v različnih dnevih razgovor z lokalno policijo, nato z zdravniki, nato s psihologi in včasih celo s socialnim delavcem ali bivšim uporabnikom drog. Vsak seveda pove in opiše problematiko s svojega vidika, s svojim izrazjem, in opiše svoje načine preventive. In ker so prepričljivo povedali, odidejo ljudje s predavanja prepričani, da so našli odgovor na svoje probleme in probleme svojih otrok. Seveda so presneto začudeni pri drugem predavatelju, ki lahko mimogrede pove kar nekaj stvari, ki se zdijo na prvi pogled v popolnem nasprotju s predavateljem, s katerim so se srečali pred meseci.

In potem si lahko predstavljate, kako smo lahko učinkoviti pri svojem delu, če se prej ne uskladimo na različnih nivojih. Lahko se zgodi, da se ti strokovnjaki le bežno poznajo, kajti živijo v različnih mestih. Lahko se zgodi, da se niti ne ukvarjajo zelo intenzivno s to problematiko, jo le bežno poznajo, in ker po svoji izobrazbi (psiholog, zdravnik, socialna delavka itn.) sodijo med strokovnjake, ki naj bi nekaj le vedeli tudi o drogah, so jih povabili, da povedo nekaj besed o tem ali onem s področja drog. Včasih pa izhajajo iz različnih kulturnih in tudi strokovnih okolij; vsak govori v tistem strokovnem jeziku, ki se ga je naučil na dodiplomskem študiju, in morda ponovi ali pa tudi ne večino tega, kar so povedali že njegovi predhodniki. Lahko pa, kar je nahujše, naredi v glavah ljudi, ki ga poslušajo, popolno zmedo, saj uporablja čisto drugačno terminologijo. In poskušajte si predstavljajti starše, kako gledajo po takem izobraževanju na problematiko drog, na uvajanje novih programov zdravljenja, rehabilitacije itn. Zato bi morali projekte v šole uvajati postopno in jih prilagajati konkretni šoli in populaciji, ki ji jih namenimo, in biti pri tem dobro usklajeni (Stregar in ostali 1996).

PREDSTAVITVE POSAMEZNIH PROGRAMOV S PODROČJA DROG

Poseben problem so predstavitve posameznih programov, ki obstajajo v Sloveniji. Ker govornika največkrat nehote zanese v hvaljenje programa, ki ga najbolj obvlada, ob tem izrazi direktno ali indirektno skepso do drugih programov. Verjetno ni treba razlagati, kakšno zmedo naredi to v glavah ljudi, ki se ne ukvarjajo s tem problemom, in kako hudo je šele tistim, ki so čustveno prizadeti zaradi odvisnosti svojca. Ker govornik uporablja terminologijo, ki se je je imel priložnost naučiti pri študiju, prihaja tudi do določenih nejasnosti. Poleg tega je na področju preventive do uporabe drog prišlo v zadnjih letih do vrste novih ugotovitev. V kontekstu tega članka je zlasti

pomembna ugotovitev, da so tradicionalni pristopi in preventivna ukrepanja na področju drog največkrat le malo uspešni pri doseganju težko dosegljivih skupin uživalcev drog. Navadno tudi ne ustrezajo zahtevam in potrebam teh populacij Vpeljujejo se novi pristopi pri reševanju problematike, ki se povezuje z uporabo drog (Dekleva, Nolimal 1997).

ZAGOTAVLJANJE POGOJEV ZA PREVENTIVNE IN OSTALE PROGRAME V LOKALNI IN ŠIRŠI SKUPNOSTI V SMISLU TIMSKEGA DELA STROKOVNJAKOV NA LOKALNI RAVNI

Vsak program mora imeti zagotovljene vsaj kadre, prostor in denarna sredstva za nemoten potek programa. Sredstva si programi pridobivajo na različne načine. Predstavljajmo si samo zmedo v glavah ljudi, ki imajo določena sredstva, namenjena financiranju programov, in si zaradi obiskov različnih predstavnikov posameznih programov nikakor ne morejo zbistriti slike o odvisnosti in kaj bi bilo pravzaprav treba narediti na tem področju. Verjetno tudi zaradi takih prijemov, ki niso enotni in ne pomenijo neke usklajene aktivnosti na tem področju, ne pripomoremo veliko k boljšim pogojem dela (čeprav so vse možnosti, da bi lahko) tistih, ki ostajajo na tem področju.

Če bi bolj upoštevali naloge lokalnih akcijskih skupin, bi lahko na lokalnem nivoju bolj poenotili tako strokovno izrazoslovje kot tudi strategijo na področju reševanja problematike, povezane z uporabo in zlorabo drog v lokalnem merilu (Grant, Hodgson 1991).

TERENSKO DELO JE PRILOŽNOST VEČ ZA RAZVIJANJE INTERDISCIPLINARNEGA PRIJEMA

Terensko delo (delo z uporabniki drog na cesti, delo z osebami, odvisnimi od drog, v njihovem okolju, preventivno delo na cesti, *outreach*, *field work*, delitev igel in kondomov, svetovanje na cesti, socialna intervencija in še bi lahko našli kakšen izraz, ki opisuje to delo) daje idealno priložnost za sodelovanje različnih strokovnjakov. Vendar, spomnimo se diskusije na Otočcu, kjer smo zbrani strokovnjaki iskali pravi izraz za tovrstne aktivnosti (Fojan 1996). Že v samem izhodišču, ko iščemo pravo besedo za tovrstne aktivnosti, smo pogosto na različnih bregovih reke, ki mirno teče naprej, ne glede na to, ali smo se uskladili ali ne. Ko se bomo interdiciplinarno lotili te problematike (nekateri že kar nekaj let delamo na tem), bomo trčili na večino naštetih ovir, ki nam bodo pobrale marsikatero uro dragocenega časa. A brez izgube tega časa žal ne bo šlo.

Terensko delo je še ena priložnost za interdisciplinarno delo različnih strokovnjakov. V delo na terenu so vključeni tako socialni delavci kot zdravniki, sociologi, psihologi in uporabniki drog, zato je vsekakor nujno sodelovanje in ne vztrajanje za prevlado posamezne stroke v posameznih programih. Zato niti ni pomembno, kdo vodi program, kajti ti programi se ne smejo voditi, pač pa koordinirati, kar zahteva popolnoma drugo filozofijo vodenja, kot smo je vajeni v večini naših ustanov. Vsaka stroka mora imeti svojo avtonomijo, ki se konča tam, ko se dotakne druge stroke. Obe stroki lahko imata skupno polje delovanja, vendar samo s pogojem, da sta na tem polju popolnoma skordinirani. Nedopustno je poseganje ene stroke na področje druge. Tu se pravzaprav izkaže, ali smo sposobni sodelovati ali pa ne. V Amsterdamu se jim je tako sodelovanje lepo posrečilo (Krek, Nolimal, Sernec, Čelam Lucu 1994).

NALOGA IZOBRAŽEVALNIH USTANOV IN STROKOVNIH ZDRUŽENJ

In ko se vprašamo, kje so temeljni razlogi, da imamo probleme na področju sodelovanja in temeljnega sporazumevanja, bomo med drugim ugotovili, da se v dodiplomskem študiju študentje medicine, psihologije, socialnega dela, prava itn. le izjemoma srečajo ob tej problematiki. Tudi visokošolski učitelji in drugi strokovnjaki, ki delajo na tem področju, imajo le izjemoma skupne strokovne sestanke, kjer bi lahko

usklajevali različne poglede na to področje. Tako se prepušča razčiščevanje tega področja zgolj času in dobri volji posameznikov, zlasti pa na obdobje, ko bo diplomant soočen s problemi v svoji vsakdanji praksi. To pa je veliko premalo, da bi ustvarili vsaj osnovne pogoje za delo v interdiciplinarnem timu.

VODENJE TIMA

Vodenju interdisciplinarnega tima se ne posveča dovolj pozornosti. Vodja tima je v smislu izrabe svojega delovnega časa enakovreden strokovnjak vsem ostalim in mora zbrati dovolj storitev, da opraviči svojo zaposlitev v programu. Vodenje centra ali programa je le dodatno delo za popoldne, nekakšen hobi, ki pravzaprav ne sodi v redno delo vodje programa. Za vodenje ni rezervirano določeno število ur itn. (Kostnapfel Rihtar 1995). Samoumevno je, da vodja ob vsem strokovnem delu, ki ga opravlja, prevzema še vse organizacijske naloge in vso odgovornost za strokovno delo. Poleg tega vodja tima ni deležen dodatnih izobraževanj s področja vodenja tima, ki so specifična in so lahko v veliko pomoč pri vodenju ekipe in so navsezadnje pogoj za uspešno vodenje interdisciplinarnega tima. Vodja mora poznati temeljne principe reševanja konfliktov v interdisciplinarnem timu, zato ga je treba v tej smeri tudi izobraževati in nameniti čas za reševanje vodstvenih nalog.

SODELOVANJE MED STROKOVNJAKI

V razmerah, kjer vsak strokovnjak prinese v tim svoje znanje in svoje poglede na reševanje problematike in si ob tem prihaja navzkriž s sodelavci (včasih zaradi preprostih izrazov, ki si jih dva strokovnjaka različno razlagata, saj izhajata iz različnih izobraževalnih programov), potrebuje skupina kar dosti časa, da se uskladi in začne enotno delovati. V veliko pomoč so pogosta srečanja tima in sprotno reševanje nastalih problemov. Pomembno je reklo HITI POČASI. Kljub vztrajnemu forsiranju posameznih članov skupine je treba ohraniti razumen tok usklajevanja, sicer prihaja v timu do nepotrebnih napetosti.

Poseben problem je vključevanje novih sodelavcev v tim. Ostali so največkrat že pozabili, s kakšnimi težavami so se srečevali na začetku, zato so do novinca nestrpni. Novi član ali članica skupine pa se čuti odrinjenega ali odrinjeno. Zato je zelo pomembno, da vodja tima vzpostavi razmere, v katerih se novi član ali članica skupine varno in brez nepotrebnih pritiskov začne usklajevati z ostalimi sodelavci. Zato je tudi pomembno, da pri terenskem delu novi član ali članica ekipe sprva dela v skupini. Seveda je treba upoštevati, da bo imela taka skupina na začetku določene probleme, ki bodo vplivali tudi na količino opravljenega dela. Toda strokovno usposabljanje v vseh poklicih zahteva dobo privajanja, zakaj je ne bi tudi na področju terenskega dela.

SUPERVIZIJA – POMOČ PRI TIMSKEM DELU

Pravi supervizor je vedno v pomoč skupini. Zato bi morali na področju terenskega dela vedno organizirati tudi supervizijo. S tem se bomo izognili večini nepotrebnih zapletov, ki otežujejo delo in medsebojno komunikacijo. Zelo pomembno je vzdrževati neposredno odgovornost za strokovno opravljanje dela na področju, ki ga strokovnjak obvlada in dobro pozna, in preprečiti neumestno vmešavanje drugih strokovnjakov. V supervizijskem razgovoru s skupino, ki dela na terenu, lahko supervizor spodbudi razreševanje tenzij, ki so nastale med strokovnjaki v skupini, in odpre povezovalna polja.

EVALVACIJA PROGRAMOV

Če bomo hoteli v programih terenskega dela delati kvalitetno in v skladu s sodobnimi spoznanji, je nujno treba vpeljati sistem ocenjevanja učinkov različnih programov. To ni potrebno samo za dvig kvalitete programov in dela, temveč tudi zato, da se ob tem učimo, kaj je dobro in kaj ni, in da lahko na ta način spreminjamo programe v smeri večje uspešnosti. Evalvacija

ne pomeni iskanja grešnih kozlov, pač pa izrazito strokovno pomoč programu pri nadaljnem razvoju. Evalvacija je tudi pomembna pri prikazovanju koristnosti programov za posameznika in za družbo (David, Steven in ostali 1998).

AKTIVNO VKLJUČEVANJE OSEB, ODVISNIH OD DROG, V KREIRANJE PROGRAMOV TERENSKEGA DELA

Posebno poglavje je sodelovanje oseb, odvisnih od drog, v nizkopražnih programih. Še pred nekaj leti je bil v enem izmed programov pogoj za delo v nizkopražnem programu v Sloveniji, da kandidat nikoli ni užival drog in da je bil starejši od 24 let. Danes so ti predsodki le še grenak spomin, pomembno je, da so strokovnjaki sprejeli medse pri kreiranju programov tudi osebe, nekoč ali še vedno odvisne od drog, in s tem bistveno obogatili programe.

Pri interdisciplinarnem delu ne smemo pozabiti na osebe, odvisne od drog, ki imajo bogate izkušnje, zato naj aktivno sodelujejo pri kreiranju programov terenskega dela. Le oni nam lahko povedo, ali so naši programi res pisani zanje ali ne. To je nujnost časa, v katerem živimo. Njihovo sodelovanje v programih nam daje tisto kvaliteto, ki je ne more dati še tako izobražen strokovnjak. Zato jim je treba pri kreiranju in izvajanju programov prisluhniti in jih vključevati tudi v evalvacijske programe. Pri tem pa ne smemo pozabiti na njihovo izobraževanje, zato je treba tudi zanje izdelati ustrezne izobraževalne programe, ki jim bodo omogočili večjo učinkovitost pri delu in kreiranju programov za uporabnike drog.

Literatura

Gržan, K. (1999), Lokalna skupnost in pomoč zasvojencem – prikaz primera. Prva slovenska konferenca o odvisnostih, maj 1999 (predstavitev).

Fojan, D. (1996), Mednarodno posvetovanje o terenskem delu s skritimi uživalci mamil. *Revija za kriminalistiko in kriminologijo*, 4: 413 -415.

American Psychiatric Association (1995), *Practice guidline for treatment of patients with substance use disorders*. Washington: American Psychiatric Association.

Stregar, E., in sod. (1996), Obvladovanje stresa, ali kako ukrotiti tigra in se pri tem celo zabavati. ** IVZ.

Dekleva, B., D. Nolimal (1997), Paradigma zmanjševanja škode v Sloveniji. *Mreža drog*, 2-7: **.

Grant., M., R. Hodgson (1991), *Responding to Drug and Alcohol Problems in the Community: A Manual for Primary Health Care Workers, with Guidlines for Trainers*. Geneva: WHO.

Krek, M., D. Nolimal, K. Sernec, B. Čelam Lucu (1994), Politika do uporabe drog v mestru Amsterdam. *Zdrav Var*, 33: 331-336.

Kostnapfel Rihtar, T. (1995), *Zbornik izbranih predavanj, posvetovanje o problematiki metadona*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravstvo.

David, R., D. Steven in sod. (1998). Cost and cost-Efectiveness of Increasing Access to Sterile Syringes and Needles as an HIV Prevention Intervention in the United States. *Journal of Acuired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 18: 1333 - 138.

Theo van Dam

IZKUŠNJE NIZOZEMSKIH ORGANIZACIJ UŽIVALCEV DROG PRI ZMANJŠEVANJU ŠKODE

Z NAVODILI ZA VARNEJŠE UŽIVANJE DROG

1

Ko govorimo o zmanjševanju škode pri uživanju drog, najpogosteje govorimo o zmanjševanju tveganj, ki so povezana z načinom življenja uživalcev drog, pri čemer največjo pozornost posvečamo varnejšemu uživanju drog in varni spolnosti.

LSD (Landelijk Steunpunt Druggebruikers) je nacionalna organizacija uživalcev drog na Nizozemskem, ki ima veliko praktičnih izkušenj na področju zmanjševanja škode tako v smislu delovanja za uživalce drog kot v smislu sodelovanja z uživalci drog. Kot projekt lokalne zveze uživalcev drog (Junkieunion) MDHG (kratica pomeni Medicinsko-socialna služba za uživalce trdih drog) iz Amsterdama deluje že več kot 7 let in njeno delo v celoti financira nizozemsko Ministrstvo za socialno in zdravstveno skrbstvo.

Izkušnje zveze uživalcev drog segajo že v leto 1984, ko je MDHG zaznala, da je veliko uživalcev drog okuženih z virusom hepatitisa C. Zdravniki so odkrili, da se virus prenaša s souporabo okuženih igel in brizg. V MDHG smo se določili, da zato v lekarnah nakupimo na stotine sterilnih igel in jih razdelimo uživalcem. Uradna politika v tem obdobju ni vedela, kako naj se odzove na to akcijo, zlasti pa si ni bila na jasnem, ali je distribucija igel legalna ali ne. Socialni delavci so bili mnenja, da je tako ravnanje sramota in da s tem združenje MDHG promovira uživanje drog. Zastopali so mnenje, da je edini odgovor na problematiko širjenja okužb prenehanje uživanja drog.

Raziskava, ki so jo v naslednjem letu izvedli v Amsterdamu, je pokazala, da se je širjenje okužbe s hepatitisom C zmanjšalo za 40%. Podatek je bil pomemben, saj je pripomogel k odločitvi Centra Jellinek-GGD (zdravstveni in klinični medicinski center), da podpre programe distribucije sterilnih injekcij. Zveza MDHG je bila s takim izidom zadovoljna tako v smislu financiranja programa kot tudi z dejstvom, da je vedno več uživalcev drog, ki so želeli sterilne injekcije, prihajalo v prostore MDHG.

V zvezi uživalcev drog MDHG iz Amsterdama smo pričeli zamenjavo igel leta 1984. Kaj se je v tistem času dogajalo, da je o tem smiselno pripovedovati slovenskim bralkam in bralcem? MDHG smo ustanovili aktivisti, ki smo se angažirali proti krivicam, ki jih trpijo uživalci drog. S kritičnostjo in postavljanjem neprijetnih vprašanj smo v javnem prostoru predstavljali nadležno bolho na koži socialnim in zdravstvenim ustanovam. Tako smo imeli člani MDHG npr. en dan sestanek z mestnimi svetniki, naslednji dan pa smo se s transparenti odpravili na amsterdamske ulice in opozarjali uživalce drog, da se v mestu prodaja zastrupljen *dope*. Poleg organiziranja akcij in javnih prireditev smo v ulici Binnenkant MDHG skrbeli za delovanje pisarne in dnevnega kluba (*walk-in* centra), namenjenega uživalcem in neuživalcem drog. Tam smo za veliko leseno mizo vodili sestanke, popili velike količine kave, se pogovarjali o zabavnih in težkih plateh življenja, ki ga živi »džanki«, ter zlasti razmišljali o tem, kako spremeniti situacijo, v kateri smo.

V neki lekarni so ustavili prodajo sterilnih injekcij uživalcem drog in v pisarno MDHG so takrat dnevno prihajali uživalci

z gnojnimi ranami, novimi okužbami s hepatitisom C in drugimi boleznimi. Eden od obiskovalcev MDHG se je zato odločil, da bo apeliral na ustanove socialnega skrbstva, naj poskrbijo za zamenjavo igel. Vendar pa so uživalci pri službah socialnega skrbstva naleteli na gluha ušesa. Spremembo politike socialnih služb smo nameravali doseči v mestni hiši, vendar pa se mestne oblasti niso odzvale na proteste MDHG in niso pristale na skupen sestanek z nami. Obupani in jezni smo vsa stranišča v mestni hiši popisali z napisi: »Tukaj lahko dobiš hepatitis C!« (AIDS v tistem času še ni bil poznan). Dve uri po akciji so nas povabili na sestanek in končno je prišlo do kompromisa: MDHG lahko za čas enega leta izvaja programom zamenjave igel.

2

Ena temeljnih strategij zmanjševanja škode je izobraževanje uživalcev drog. Naučimo jih lahko, kako varneje vzamejo drogo. Ko se je to zgodilo prvič (1989), so bili vsi socialni delavci proti, saj so vztrajali, da je treba prenehati uživati droge, zakaj bi se potem učili varnejšega uživanja. Toda učenje varnejšega uživanja drog je tipična akcija, ki jo lahko izpelje organizacija uživalcev drog. Na prvih izobraževanjih za uživalce drog, ki smo jih načrtovali in pripravljali v MDHG, smo govorili o varnejšem uživanju drog in o varni spolnosti, pogovarjali pa smo se tudi o miselnosti uživalcev drog in o tem, kako družba reagira na uživanje drog in uživalce same. Želeli smo, da bi uživalci skoz te pogovore sami pri sebi razmislili, kako, zakaj se zgodi, da družba na tako negativen način reagira nanje, in zakaj se uživalci tudi sami pogosto predstavljajo javnosti kot žrtve.

Izobraževanje, ki smo ga takrat pripravili prvič, je potekalo v treh delih. Naš namen je bil, da se pogovarjamo o uživanju drog; uživanje drog je zelo osebna stvar, dejansko gre za intimnost, zato smo na prvo delavnico povabili le petnajst ljudi, saj nismo želeli prevelike skupine. Zbrali smo se v mladinskem centru, se založili s kruhom, sirom in pijačo ter začeli.

Prvič je prišlo le devet ljudi, ostali so pozabili datum ali pa so preprosto počeli kaj drugega. Na začetku smo govoriti o varni spolnosti. Večinoma se ljudje, ko govorijo o svoji spolnosti, ne počutijo udobno. Pogovor smo pričeli tako, da smo se vprašali, kdaj in na kakšen način smo prvič zvedeli o razlikah med dečki in deklicami. Nekateri so se o tem pogovarjali pri večerji, drugi so dobili le knjigo z anatomskimi podrobnostmi. V tem pogovoru smo izvedeli, na kakšen način se je vsak od nas navadil govoriti o spolnosti. Nato smo pozornost v pogovoru usmerili na prve izkušnje v spolnosti. Zastavili smo si nalogo, naj vsak od nas tistemu, ki sedi poleg njega, pove o prvi izkušnji v spolnosti. Po kakšni minuti grobne tišine je bilo sem in tja slišati sramežljive glasove, toda po nekaj minutah je prostor završal in ljudje so pripovedovali in se smejali vedno glasneje in glasneje. Pri tej vaji smo spoznali, da govoriti o spolnosti ni enostavno in da lahko pogovor zares steče šele, ko poskrbimo za varno situacijo.

Naslednja vaja je bila igra, v kateri je moral vsakdo zastaviti »partnerju« vprašanja o spolnosti, ki so bila navedena na posebnih karticah: »Ali rad/a seksaš?«, »Kaj ti je pri seksu bolj všeč?«, »Ti je všeč okus tvojega partnerja?«, »Ti je všeč oralni seks?« in tako naprej. Pozneje smo na mizo postavili veliko kondomov in vprašali udeležence, kdo izmed njih ima izkušnje z njimi. Večina jih je imela. Potem smo na mizo postavili še umetni penis, kar je najprej povzročilo nekaj presenečenja, in kup raznovrstnih kondomov, ki smo jih preskusili na »pripomočku«. Sledilo je veliko zabave, ko smo se igrali in učili pravilno uporabljati »normalne« kondome in kondome za analni seks, pa ženske kondome in »zabavne« kondome. Pri tem smo se pogovarjali, kako jih uporabiti in kako jih odvreči. Pogovarjali smo se o trikih, ki jih moški po navadi uporabijo, da prepričajo partnerko ali partnerja, da ne vztraja pri uporabi: »S kondomom ne čutim dovolj!«, »Saj nimam nobene bolezni!«, »Nimam kondoma pri sebi!« in podobno. Govorili smo o tudi seksu brez penetracije. Po tej izobraževalni delavnici smo šli skupaj na pijačo in večini je bilo všeč, da so lahko na tako odprt in normalen način govorili o

svoji seksualnosti. Obljubili so, da prihodnji teden spet pridejo.

Dve uri po tem izobraževanju sem šel v Klub, kjer sem srečal tudi druge uživalce drog. Smejali so se mi in vedeli so precej o tem, kar smo delali tiso popoldne na izobraževanju – pojavu rečemo efekt snežnega plazu. Naslednji teden je skupina prišla na drugi del izobraževanja in tega, da so ponovno prišli, smo bili res veseli. Delavnico smo pričeli s kratkim povzetkom delavnice prejšnjega tedna in z možnostjo, da udeleženci zastavijo še kakšna vprašanja v zvezi z zadnjo delavnico, saj se pogosto zgodi, da nekatere stvari postanejo nejasne, ko človek pozneje premišljuje o njih.

Po tem uvodu smo pričeli s temo takratne delavnice, ki je bila namenjena varnejšemu uživanju drog. Ko govorimo o uživanju drog samim uživalcem drog, je pomembno, da smo pozorni na način, kako o tem govorimo. Če o uživanju govorimo s prevelikim navdušenjem, se lahko zgodi, da bodo udeleženci začutili neizmerno željo (*dopesick*) po tem, da se čimprej zadenejo. Telo in misli uživalca bodo sledile tej želji in težko bo zadržati njihovo pozornost pri vsebini pogovora.

Udeležence smo prosili, naj pripovedujejo, kakšen je njihov način uživanja drog. Na razpolago so imeli vse pripomočke, za katere smo domnevali, da bi jih pri uživanju potrebovali: igle, brizge, alkoholne razkužilne krpice, filtre, žlico, vitamin C, prevezo, folijo, vodo in vžigalnik. Neki starejši uživalec je začel pripovedovati, kako on po navadi pripravi in vzame heroin. Videli smo, da ni uporabil alkoholne krpice, s katero bi očistil kožo na mestu vboda, prav tako ni uporabil preveze, saj si vedno injicira tako, da položi roko med prekrižani nogi in na tak način poišče veno na hrbtni strani dlani. Filter si ponavadi odtrga kar z oblačila, ki ga ima na sebi. Bil je prepričan, da pozna pravilen način injiciranja. Ker nam je želel dokazati, da zares pozna pravi način, je ponovno vzel žlico in pričel predstavljati »pravi« način. Že na začetku je naredil napako, saj je želel skuhati *dope* na isti žlici, ki jo je uporabil pred tem, in je pred novo uporabo ni očistil. Na tem mestu smo dogajanje ustavili in prosili ostale udeležence, naj komentirajo, kar so videli, nakar smo se o tem pogovorili.

Obstaja samo en način varnejšega injiciranja:

Vedno uporabljaj lasten pribor za uživanje. Roko pred injiciranjem sprosti tako, da je prosto spuščena ob telesu. S prevezo le nežno preveži roko. Pripravi dope, *dodaj približno četrtino vitamina C, dodaj vodo. Raztopi s segrevanjem. Raztopino potegni v brizgo skoz filter in pri tem vedno uporabi čist filter. Iz brizge odstrani zračne mehurčke. Zategni prevezo in zadrži en konec preveze v ustih. Kožo, kjer si boš injiciral, očisti z alkoholno krpico. Nežno prebodi kožo in z iglo vstopi v veno pod kotom 30 stopinj. Pri tem naj v brizgo priteče nekaj krvi, da se prepričaš, če si zares v veni. Najprej si vbrizgaj le malo. Razrahljaj prevezo, in če je vse v redu (reakcija telesa na* dope*), si privošči vse! Pospravi in očisti potrebščine, ki ležijo okoli tebe.*

Včasih želi skupina uživalcev razdeliti *dope*. Kako lahko varno deliš *dope*? Deljenje na papirju je varno, eden naj pripravi porcije, drugi naj porcijo izbere.

Deljenja na žlici ne priporočamo, ker lahko kaj hitro spregledamo kakšno podrobnost, ki je pomembna pri varnejšem uživanju. Če ne gre drugače in je na razpolago le ena čista žlica za pripravo dopa, *pazi, da fiks za dva skuhaš na čist način, nato s čisto injekcijo raztopino potegni v brizgo. Količino pripravka preveri na skali brizge. Polovico iztisni nazaj na žlico, ki si jo pred tem OČISTIL. Nato naj potegne* dope *s svojo brizgo tudi drugi partner pri uživanju. V primeru, da imaš dve sterilni injekciji, lahko pripraviš raztopino za oba in potegneš* dope *takoj z obema injekcijama.* Če pa je bila ena od injekcij že uporabljena, potem je tak način zelo nevaren! *Treba je tudi vedeti, da pri uporabi injekcijskega pribora ni dovolj le menjava igel, prav tako je nujno, da uporabljamo tudi sterilne brizge!*

Ko si vbrizgaš dope, bo ta takoj prišel v kri. Če ga je ravno prav, je fleš, če ga je preveč, je *overdose*. Glede predoziranja je tveganje veliko večje, če ne poznaš dilerja ali če že dolgo nisi vzel/a.

Torej je še eno pravilo: ne injiciraj droge, če si sam/a. Prav tako se lahko odločiš, da v tem primeru svoj dope raje pokadiš.

Če nekdo doživi overdose, ga pri zavesti zadržuj tako, da mu/ji govoriš, ga/jo udarjaš po obrazu in ga/jo siliš da hodi. Pokliči prvo pomoč. (Sol ne pomaga! To je star džankijevski mit.) Osebe, ki je doživela overdose, *nikoli ne pusti same!*

Dobro je, da uživalec pozna varnejše načine uživanja drog. Pa je mogoče, da uživalec svetuje prijatelju, ki ne uživa pravilno? Seveda je! Tako kot vedno v življenju dajemo pripombe in opazke na vedenje ali ravnanje drugega, ali ko komu izražamo podporo, si lahko med sabo svetujejo tudi uživalci. Ljudje pripombe drugih ponavadi sprejmejo in upoštevajo, če so izražene s spoštovanjem. Temu vidiku učenja med vrstniki na izobraževalnih delavnicah posvečamo posebno pozornost. Ko spodbujamo varnejše uživanje drog, je pomembno, da za to izkoristimo čim več možnosti, ki se ponujajo.

Zgodilo se je že, da so bili med našimi udeleženci izobraževanj tudi dilerji, h katerim prihaja veliko strank. Prosili smo jih, naj po odhodu z delavnice vzamejo sterilne injekcije, vitamin C, alkoholne krpice, majhne stekleničke z vodo in kontejnerje za uporabljene igle in brizge, ki jih bodo lahko razdeljevali uživalcem, ki nabavljajo pri njih. Prosili smo jih, naj imajo na zalogi tudi folije, s čimer bodo spodbudili ljudi, ki uživajo drogo, da se odločijo za kajenje heroina.

3

Vsi vemo, da veliko uživalcev drog živi štiriindvajset ur dnevno na ulici. Tak način življenja pomeni, da morajo nase vzeti več tveganj, ki bi se jim izognili, če bi imeli lastno stanovanje. Prav v zvezi z zmanjševanjem tveganj, ki so jim izpostavljeni uživalci drog brez doma, sta rotterdamsko združenje uživalcev drog in organizacija LSD v Rotterdamu začeli projekt »Dilerski naslov z znakom kakovosti«. O tem projektu smo govorili z brezdomnimi uživalci drog in s socialnimi delavci, ki so jih poznali. Večina je iniciativo ocenila pozitivno in z veliko pričakovanj, toda, kako uresničiti zamisel!? Kako je mogoče na eni strani pripraviti policijo, da ne bo nasprotovala dilerskemu naslovu, zlasti pa, kako pritisniti na prodajalce drog, da bodo sodelovali z nami?

Vedeli smo, da s policijo ne bomo imeli največ težav, ker se ponavadi ne lotevajo aretacij preprodajalcev, ki ne povzročajo problemov. Na Nizozemskem so med prednostnimi nalogami policije težka kazniva dejanja (umori, posilstva, zlorabe otrok.). Preprodaja drog, razen v povezavi s težkimi kaznivimi dejanji, ne spada med prioritetne naloge policije.

Pripravili smo seznam desetih »zlatih pravil« dilerskega naslova in prosili uživalce drog, naj poiščejo tiste dilerje, ki bodo pripravljeni prodajati drogo v skladu z našimi pogoji. Po približno dveh mesecih smo imeli naslove štirih »dobrih« prodajalcev drog. Prosili smo jih, da upoštevajo naša navodila v zvezi s kvalitetno prodajo, in trije so s pogoji soglašali. Dober stik in odnos s prodajalci drog je zelo pomemben za kakršno koli delo na področju drog, saj na tak način pridobimo možnost kontrole tržišča, obenem pa socialni delavci in drugi, ki delajo z uživalci drog, pridobijo možnost, da se z uživalci srečajo v prostoru, kamor pogosto prihajajo, kjer se radi zadržujejo in kjer drogo tudi uživajo.

»DILERSKI NASLOV Z ZNAKOM KAKOVOSTI«

V Rotterdamu je veliko prostorov in naslovov, kjer poteka prodaja drog; med seboj se precej razlikujejo, zlasti glede pravil, ki veljajo v posameznem okolju preprodajanja. Po ocenah uživalcev je slab dilerski naslov tisti, kjer vedno prihaja do različnih problemov s sosedi in drugimi prebivalci v okolici, kjer se prodaja droge slabe kvalitete in po previsoki ceni.

Deset pogojev dilerskega naslova z znakom kakovosti:

1. Dilerski naslov mora imeti varen prostor, kjer se lahko kupljeno drogo tudi vzame.

2. Na dilerskem naslovu mora potekati zamenjava brizg in igel.

3. Prodaja se lahko le droga, ki je dobre kvalitete.

4. Cena mora biti primerna, na primer, črtica heroina stane približno 15 guldnov.

5. Stranke lahko kupijo tako malo, kot želijo.

6. Naprodaj mora biti tudi surov kokain.

7. Naslov mora obratovati največ 12 ur dnevno.

8. Na vhodu mora biti vratar-varnostnik.

9. Vratar-varnostnik mora skrbeti tudi za okolico dilerskega naslova (nikjer ne smejo ležati odvrženi predmeti, ki so v zvezi z uživanjem drog).

10. Diler ima lahko največ 65 strank dnevno.

Ko smo pripravljali projekt dilerskih naslovov, smo organizirali sestanke s politiki, policijo, socialnimi delavci in interesnimi skupinami uživalcev drog iz treh največjih nizozemskih mest (Amsterdam, Rotterdam in Utrecht). Skupaj smo iskali najugodnejše možnosti in rešitve. Soglašali smo, da je vzpostavitev dilerskih naslovov dobra zamisel, vendar naj se o tem ne govori preveč, najbolje je vzpostaviti naslov, začeti delo, potem pa v pol leta pripraviti evaluacijo projekta.

4

LSD/MDHG se zavzema tudi za pravice žensk, ki uživajo droge. V MDHG imamo zato enkrat tedensko odprta vrata le za ženske. Takrat se z obiskovalkami srečujejo prostovoljke. Veliko se pogovarjajo o varnem načinu dela v prostituciji, o uporabi kondomov, učijo se posebnih tehnik, kako prepričati ali pretentati kliente, ki želijo spolne usluge brez kondoma, učijo se obrambe pred agresivnimi klienti. Prostovoljke tudi prevzamejo vloge frizerk, kozmetičark in pedikerk ter poskrbijo tudi za običajne vsakdanje potrebe žensk. Obiskovalkam je v času, ko je prostor v MDHG odprt le za ženske, redno na voljo zdravnik.

Veliko obiskovalk, ki prihajajo na naslov MDHG, je aktivnih v prostituciji. Delo v prostituciji je po zakonu še vedno prepovedano, zato imajo ženske, ki se ukvarjajo s prostitucijo, pogosto težave s policijo. Med prostitutkami, ki jih prime policija, je precej uživalk drog. Ponavadi jim naložijo plačilo denarne kazni, vendar denarja, s katerim bi kazen plačale, največkrat nimajo, zato se ponovno vrnejo v prostitucijo. LSD/MDHG se bori tudi proti ilegalnemu statusu prostitutk.

Poročilo MDHG pravi: »Smo proti denarnim kaznim, ki se nalagajo prostitutkam z ulic, ker:

- večina ne zmore plačati denarne kazni,
- so zaradi strahu pred kaznijo ženske v stalnem strahu,
- so še bolj stigmatizirane — džankica in prostitutka hkrati,
- ima vsak državljan »pravico« odstraniti z ulice nezaželeno osebo s preprostim klicem na policijo: »Pred mojimi vrati postopa prostitutka!«,
- morajo delati dvakrat več — za *dope* in za plačilo kazni,
- v družbi obstaja socialna potreba po prostituciji.«

LSD/MDHG je pripravila nekaj praktičnih predlogov o ureditvi varnega prostora za uličnо prostitucijo: s prostitucijo se ne smejo ukvarjati mladoletnice in ilegalne priseljenke. Policija mora iz svojih vrst izločiti in kaznovati policiste, ki ravnajo diskriminatorno in ki spolno nadlegujejo ženske, ki so v prostituciji.

Naslednji korak pri vzpostavljanju varnega okoliša, kjer bi lahko delovale prostitutke brez neprestane represije mestnih oblast, je bil sestanek s prostituciji naklonjenimi mestnimi svetniki. Sestanka smo se udeležili člani MDHG in povabili tudi veliko prostitutk in prostitutov, s čimer smo zagotovili, da se je pozornost v pogovoru zadržala pri posebnem položaju prostitutk in prostitutov, ki delujejo na ulici. Žal je bila takrat naša bistvena ugotovitev, da amsterdamskih oblasti ulična prostitucija ne zanima. Čez nekaj let so se v mestu sicer odločili, da dovolijo opravljanje prostitucije v posebnem delu mesta, vendar je bilo to območje zelo oddaljeno od centra in klienti v ta predel niso prihajali. Večina deklet in fantov se je zato ponovno vrnila v bližino železniške postaje, kjer jih je policija še naprej preganjala.

Kakor sama o tem razmišljam, mislim, da ima vsakdo pravico seksati s čimerkoli. Mene ni sram, da sem prostitutka. Nasprotno, počutim se močna. In da se obvladujem. Mislim, da bi morala biti prostitucija legalizirana, ker tako kot družba ravna s prostitutkami, ravna tudi z najuglednejšimi in najmočnejšimi ženskami v družbi. Z vsemi ženskami ravnajo kot s prostitutkami, ki jih lahko kupijo. Ampak, da si lahko prostitutka, moraš biti zares močna ženska. Res. In tudi zares inteligentna. Ni mi všeč, da druge ženske ponižujejo prostitutke, zato ker se ukvarjajo s prostitucijo. Sem za pravice prostitutk. Prostitucija je bila vedno tu in ženske so tiste, ki bi jo morale nadzorovati in regulirati in imeti nekaj te kurčeve zaščite. Prostitucija je posel. Ni nekaj o srednjeveški želji po ženski. Je način, kako zaslužiti ta kurčev denar. Tisti, ki kupuje, vedno misli, da ima moč, pa je nima. Moč ima tisti, ki oskrbuje. (Iz *Black light magazine*, časopisa, ki ga izdaja organizacija prostitutk.)

5

Kadar neka organizacija izvaja projekte zmanjševanja škode, mora nujno sodelovati z ustanovami in službami socialnega varstva. Z delovanjem na terenu smo v neposredni stiku z različnimi skupinami in posamezniki in največkrat prav terenski delavci prvi zaznavamo aktualne probleme, še več, kot projekt zmanjševanja škode moramo znati zaznavati in prepoznavati različno problematiko, obenem pa moramo tudi vedeti, kako to problematiko obvladovati.

Primer: Pri delu na terenu odkriješ, da se v kleteh blokovskega naselja zadržuje veliko zelo mladih uživalcev drog. V manjših skupinah postopajo naokoli in na veliko eksperimentirajo z ekstazijem in heroinom. Po kleteh ležijo tudi rabljene injekcije. Ne zaupajo ti, ker si starejši od njih, ne zaupajo ti tudi, ker si socialni delavec/delavka. Kako navezati stik z njimi? In kako opravljati svojo službo?

Mladostniki, ki smo jih srečali v kleti, vedo, da bo reakcija družbe na njihovo uživanje negativna. Enako reakcijo pričakujejo od tebe. Najprej jim lahko pokažeš, da nisi proti njim. Odkril/a si prostor, kjer uživajo droge. V tem prostoru lahko pustiš nekaj njihovi starosti razumljivega preventivnega gradiva, ki govori o okužbi z AIDSom ali hepatitisom. Če želiš, lahko pustiš tudi naslov, kamor te lahko pokličejo ali kjer te lahko obiščejo. Še prihajaj naokoli in se zadržuj v bližini, da si bodo lahko zapomnili tvoj obraz. Pojavljaj se vedno ob istem času, da bodo lahko pričakovali tvoj naslednji obisk. Z malo sreče lahko vzpostaviš kontakt z njimi že po tednu dni. Predvsem pa ne kritiziraj njihovega načina življenja, ne moraliziraj in jih ne obsojaj zaradi uživanja drog.

V veliko pomoč pri navezovanju osebnih stikov je lahko različno preventivno gradivo. Ko se srečamo s populacijo intravenoznih uživalcev drog, je zares uporabno gradivo v zvezi z AIDSom in hepatitisi. V skupino lahko vstopimo tako, da nas sčasoma prepoznajo, kot smo opisali zgoraj, da pustimo svoj naslov, veliko lažje pa je, če odkrijemo, kdo je vodja v skupini in navežemo stik z njim. Če želimo pridobiti njihovo zaupanje, je pomembno, da jih ne obsojamo zaradi uživanja drog. S tem, da jim svetujemo, pokažemo skrb zanje. Vedno se jim moramo predstaviti, kdo smo, jim povedati, kaj je v naši moči in kaj lahko zares naredimo zanje. Pokažemo jim, da nas zanimajo načini, na katere uživajo droge, in povejmo jim, da jih lahko seznanimo z varnejšimi načini uživanja drog. Razložimo jim tudi, kaj tvegajo s posameznimi načini uživanja in kako lahko zmanjšajo tveganja. Uživalci drog so ponavadi veseli, da lahko komu pripovedujejo o svojih izkušnjah. Naj nam o tem pripovedujejo, mi pa jim ob tem praktično svetujmo. Seznanimo jih s tveganji in nevarnostmi glede okužbe z virusom HIV in hepatitisi – večina od njih se teh tveganj ne zaveda, ker »ne poznajo nikogar, ki bi bil okužen«. (Ponavadi tisti, ki so okuženi in to vedo, o tem ne govorijo.)

Če nas ta skupina mladih uživalcev zanima, jim lahko zastavimo veliko vprašanj: kaj jemljejo, kako dolgo, na kakšen način – ali kadijo, snifajo, injicirajo, jedo tablete in tako naprej. Ko imamo zbrane vse te podatke, jim lahko natančno povemo, pri čem tvegajo, in jim ob tem praktično svetujemo.

Socialne službe lahko pomagajo pri razširjanju preventivnih gradiv. Včasih je treba gradivo prilagoditi ciljni skupini. Zato je pomembno, da lahko o dejavnostih in projektih, ki jih izvajamo, odkrito govorimo, zlasti v zvezi s tem, kar potrebujemo in kar mislimo, da potrebuje skupina ali posameznik, s katerim delamo. Včasih imajo različne ustanove veliko uporabnega preventivnega gradiva in drugih podatkov, ki nam lahko koristijo pri delu.

6

Kot sodelavci v nizkopražnih programih zmanjševanja škode se bomo srečevali tudi z uživalci drog, ki imajo različne poškodbe, ki so posledica načinov uživanja drog (rane, abscesi, opekline in podobno). Absces nastane kot odgovor telesa na infekcijo. Ognojek nastane zaradi umazanije, delcev kože in bakterij, ki so prodrle v podkožje zaradi odprtih ran. Absces se lahko razvije tudi v primeru uporabe nesterilnega pribora za injiciranje, iz česar sledi »zlato pravilo«, naj uživalci, ki injicirajo droge, vedno uporabljajo le sterilen in čist pribor. V ognojku se zbira »gnoj«. Absces se pozdravi, ko se ognojek predre in ko se »gnoj« izloči iz tkiva. Ognojki niso nedolžna zadeva, velikokrat postanejo tudi zelo nevarno obolenje. Ognojkov ne stiskajmo, ker lahko s tem potisnemo povzročitelje vnetja še globlje v tkivo. Na prizadeto mesto dajemo obkladke, ki pospešujejo zbiranje gnoja in predretje ognojka. V primeru, da gre za hujše infekcije, je potrebno zdravljenje z antibiotiki. Znaki, ki kažejo, da bo potrebna pomoč zdravnika, so:

- vročina, mrzlica,
- prizadeto mesto je rdeče, boleče in iz njega stalno teče sokrvica (če infekcija doseže limfne žleze, lahko pride do nevarnih poškodb srčne mišice),
- tudi kost pod mestom infekcije je boleča, kar kaže na širjenje infekcije,
- kadar abscesi nastanejo na roki ali nogi, je nevarnost, da se bo infekcija razširila po telesu (povzeto po »Brass Monkie«).

Kadar opazimo, da se je pri komu pojavil absces, ga/jo poskušajmo pregovoriti, naj obišče zdravnika. V primeru, da ne bomo ukrepali, se lahko situacija le še poslabša. Ko ga/jo prihodnjič ponovno srečamo, ga/jo vprašajmo, kaj pravi zdravnik. Vloga terenskih delavcev je tudi, da uživalce poučimo, kako se lahko izognejo takim neprijetnostim. Povejmo jim, da so nekateri deli telesa občutljivejši, ko gre za možnost razvoja infekcij. Take so npr. hrbtna stran dlani in noge. Veliko bolje je, da si uživalci injicirajo v roko, vendar naj menjajo mesto vboda. Telesu naj dajo možnost, da se pozdravi, pri injiciranju naj uporabljajo sterilen pribor, zlasti pa naj si vzamejo čas, da bodo lahko poskrbeli za čistočo. Vprašajmo jih, kako ponavadi injicirajo, in jim dovolimo, da nam o tem pripovedujejo; ob tem jim lahko svetujemo, kako naj ravnajo prihodnjič.

7

Ta razdelek govori o tem, kako pripraviti in izdajati gradivo in druge preventivne materiale v zvezi z zmanjševanjem škode. Če želimo pripraviti kvalitetne, v vsakdanjem življenju uporabne materiale in gradivo, moramo k njihovi pripravi povabiti uživalce drog, socialne delavce in druge strokovnjake in raziskovalce, pri tem pa moramo upoštevati realno situacijo in dejanske potrebe, saj bomo le tako dosegli, da bo gradivo doseglo svoj namen.

V inštitutu Trimbos na Nizozemskem so zasnovali in izdelali posebno plastično škatlico, znano pod imenom »*Basic-box*«. V škatlici iz trdne plastike je ves pribor, ki ga potrebuje intravenozni uživalec drog (sterilne igle in brizge, askorbinska kislina, alkoholne krpice, voda, filtri, žlica), v škatlici je tudi ločen prostor, kamor se odlagajo rabljene injekcije. Škatlica ni prevelika, tako da jo lahko ima uživalec v večjem žepu, obenem pa ni premajhna, saj je v njej dovolj prostora za vse potrebščine. Še preden so jo začeli izdelovati v večjem številu, so želeli na inštitutu Trimbos preveriti njeno dejansko uporabnost in ugotoviti pomanjkljivosti, zato so prosili organizacijo LSD, naj mesec dni zbira mnenja uživalcev glede ocene uporabnosti vzorcev kompletov.

Vprašanja, na katera so odgovarjali uživalci, so bila: Je škatlica dovolj velika?, Lahko v njej hraniš vse, kar potrebuješ?, Kaj meniš o kvaliteti izdelka?, Kakšna se ti zdi cena (okoli 10.000 tolarjev)? in podobno. Po mesecu dni sta LSD in inštitut Trimbos skupaj pregledala rezultate in upoštevala pripombe pri nadaljnji izdelavi »*Basic-box*«. Eden bistvenih razlogov, zakaj so pri inštitutu Trimbos sploh začeli razmišljati o posebni škatlici s priborom, je bila želja, da spodbudijo intravenozne uživalce drog k večji odgovornosti pri uživanju. »*Basic-box*« omogoča, da se pribor, ki ga uporabljajo intravenozni uživalci za injiciranje, ne valja po njihovih žepih. V njej je prostor za rabljene injekcije, zato teh ni treba več metati vsenaokoli, pač pa jih lahko uživalci spravijo nazaj v škatlo in pozneje zamenjajo za čiste injekcije.

Distribucija »*Basic-box*« ni bila le v rokah organizacij uživalcev drog, pri tem so sodelovale tudi službe socialnega skrbstva. Sodelovanje med vsemi akterji pri projektu se je izkazalo za dobro. Socialni delavci so z distribucijo dobili priložnost spodbujanja k varnejšemu uživanju drog; »*Basic-box*« je pomenila način in priložnost govora o principih zmanjševanja škode in o zmanjšanju tveganj pri uživanju.

Na začetku smo bili o uporabi »*Basic-box*« precej skeptični tudi sami. Spraševali smo se, ali jih bodo uživalci zares uporabljali, ali bo njihova uporaba res zmanjšala tveganje, da se kdo poškoduje z rabljeno iglo. Toda izkazalo pa se je, da se je med uživalci hitro razširil glas o njih in vse več jih je želelo imeti svojo škatlico. Pomemben je bil še en rezultat uporabe teh škatlic. Ko smo pričeli distribucijo, smo ugotovili, da v prostore organizacij uživalcev drog prihaja veliko uživalcev, ki jih do takrat nismo poznali in ki so sodili v tako imenovano skrito populacijo uživalcev drog. Slišali so za te škatlice in želeli so zvedeti, kako bi prišli do njih, zato so se oglašali v naših pisarnah in sobah.

Z »*Basic-box*« smo želeli spodbuditi uživalce k varnejšemu uživanju drog in k skrbi za druge ljudi, s tem da smo jih ozaveščali o nevarnosti širjenja okužb. Namen in cilje uporabe »*Basic-box*« smo lahko dosegli le tako, da smo k njihovi uporabi spodbudili čim več intravenoznih uživalcev, obenem pa smo morali z našimi dejavnostmi in cilji seznaniti tudi policijo, saj bi izgubilo ves smisel, če bi policija uživalcem odvzemala »*Basic-box*«. Z inštituta Trimbos so v ta namen napisali pismo vsem policijskim postajam na Nizozemskem, jih opozorili na te škatlice ter pri tem poudarili, da uživalec, ki uporablja »*Basic-box*«, skrbi za varnost pri uživanju drog. Uporaba škatlic pomeni tudi večjo varnost za policiste, ki bi se lahko pri varnostnih pregledih oseb poškodovali in okužili z rabljenim priborom. Policija lahko s svojim ravnanjem celo dodatno spodbudi uživalce k skrbi za varnejše uživanje, tako da ob pregledu vrne »*Basic-box*« uživalcu. Večina policijskih postaj je komplete s priborom sprejela pozitivno, saj je šlo za dobro pobudo. Tudi mediji so se pozitivno odzvali pri promociji in predstavitvi »*Basic-box*«. Izšlo je precej člankov, objavljeni so bili intervjuji z uživalci drog, ki so jih uporabljali.

Ko govorimo o »*Basic-box*«, je treba opozoriti, da s temi škatlicami tudi na simbolen način spodbujamo k zmanjševanju škode. Sporočilo te škatlice s priborom je tako večja varnost za uživalce drog kot tudi več zaščite za celotno družbo. Ta trenutek je v Evropi več držav, ki so pričele izdelovati lastne »*Basic-box*« (Nemčija, Francija, Švica), največkrat na pobudo uživalcev drog in ob sodelovanju z raziskovalci in socialnimi delavci.

Kaja Tratnik

METODE DELA NA TERENU

ŽELENI ODNOS MED TERENSKIM DELAVCEM IN UŽIVALCI NEDOVOLJENIH DROG

Popolnoma jasno je, da terenski delavec ne more opraviti svojega dela, če z uživalci drog ne vzpostavi dobrega odnosa. To pomeni, da mora nastopati tako, da ga uživalci drog razumejo in doživijo kot osebo, ki jim resnično pomaga na tak način, kakršen jim je resnično potreben. Uživalci drog morajo popolnoma zaupati terenskemu delavcu, in sicer tako s profesionalnega kot s človeškega vidika. Zelo pomembno je, da je terenski delavec pri opravljanju svojega dela diskreten in da se lahko uživalci zanesejo na njega.

Zato je pomembno, da terenski delavec ne le razume problem uživanja nedovoljenih drog in terensko delo samo, ampak mora razumeti vsakega posameznega uživalca in biti empatičen do njega. Tak odnos med terenskim delavcem in uživalci drog je nujen pogoj za dobro terensko delo.

Vzpostavljanje pozitivnega odnosa je osnovno orodje, s katerim terenski delavec uresničuje srednjeročne in dolgoročne cilje. Zelo pomembno je razumeti, da tak odnos ni dogodek, pač pa *proces*, ki lahko traja različno dolgo. Pomembno je razlikovati stik od odnosa.

FAZE ODNOSA

FAZA PRVIH STIKOV

Prvo srečanje terenskega delavca z dotlej neznanim uživalcem drog je temelj za gradnjo prihodnjega odnosa. Prvi stik praviloma zaznamuje veliko dvomov in nezaupanja uživalcev drog. Zato je prav, da v fazi prvega stika terenski delavec nastopi tako, da ga uživalc drog doživi kot iskrenega, dobronamernega in sposobnega. Zelo pomembno je, da terenski delavec v tej fazi ne vsiljuje pomoči, ampak da se zaveda, da je to samo faza spoznavanja, katere cilj je pridobivanje zaupanja, ki bo omogočilo nadaljne stike. Če terenski delavec nastopi na napačen način, je velika verjetnost, da se bo uživalec drog izogibal nadaljni komunikaciji z njim.

V tej fazi je tudi pomembno, da terenski delavec oceni dejanske motive uživalcev drog za nadaljevanje kontaktov ter presodi, ali bo uživalec sprejel pomoč terenskega delavca, ali pa išče druge oblike pomoči.

Ta faza je obremenjena tudi z številnimi negativnimi projekcijami, ker uživalec drog poskuša umestiti terenskega delavca v svoje predsodke in klišeje.

Včasih ni dobro, da terenski delavec pokaže pretirano pripravljenost za pomoč določenemu uživalcu drog, včasih pa ni dobro, da je pokaže premalo, tako da je v fazi prvega stika pogosto težko določiti pravo mero pomoči.

Ker se terenski delavec dalj časa zadržuje v skupini, ima večina uživalcev drog že izoblikovano mnenje o njem kot o osebi, kar mu lahko nekoliko olajša komunikacijo z novimi uživalci. Pri navezovanju prvih stikov se je kot posebno koristna pokazala metoda navezave stikov prek znanih uživalcev drog. Znani uživalec drog deluje kot posrednik med terenskim delavcem in neznanim uživalcem, tako da predstavi terenskega delavca kot koristnega strokovnjaka, ki ponuja določene oblike pomoči.

FAZA TESTIRANJA

Po prvem stiku se uživalec drog nagiba k temu, da preverja in testira terenskega delavca.

Tipično je, da so včasih ta preverjanja in testi realni, ker uživalec drog preverja, ali bo terenski delavec resnično kaj naredil zanj (nima zaupanja, vendar preverja in išče pomoč). Včasih pa so ta preverjanja in testi nerealni: »Če mi hočeš pomagati, naredi to in to, če ne – adijo.« Tako lahko uživalec drog odpre vse probleme, rad bi denar, hoče, da mu delavec »reši življenje« ipd.

V tem drugem primeru je zelo pomembno, da terenski delavec ohrani ravnotežje med svojo profesionalno integriteto (ponuja samo pomoč, ki je v redu), kar pomeni, da se bo spustil v konflikt s pričakovanji uživalca drog, in željo, nadaljevati odnos pomoči. Če terenski delavec dosledno konfrontira uživalca drog z njegovimi poskusi izsiljevanja, hkrati pa mu dejansko pomaga pri ciljih, ki so sprejemljivi, se pri uživalcu drog razvija spoštovanje do terenskega delavca; tako pride do pozitivnega odnosa.

Terenski delavec stopa v stike z uživalci drog s svojimi pričakovanji. Ravno tako imajo uživalci drog pričakovanja od terenskega delavca. Praksa je pokazala, da se ta pričakovanja razlikujejo. Terenski delavec stopi v stik z uživalci drog z namenom, da jim ponudi svoje usluge (pribor za injiciranje, informacijsko gradivo itn.), v skladu s svojimi nalogami in zastavljenimi cilji, ki že vnaprej določajo, kaj uživalci drog potrebujejo, in pričakuje, da bo uživalec brezpogojno sprejel pomoč. Vendar ni nujno, da bo uživalec sprejel storitve, ki jih ponuja terenski delavec. Pričakovanja uživalcev drog so po navadi veliko večja (pomoč pri zaposlovanju, pravna pomoč, težave v šoli, družini itn.).

Iz prakse je ravno tako razvidno, da skrb za lastno zdravje pri uživalcih drog ni na prvem mestu, in je zato nesmiselno, da terenski delavec v prvih kontaktih ponuja pribor za injiciranje drog, ne da bi prej ugotovil, ali ga uživalci, s katerimi namerava navezati stik, res potrebujejo, oziroma, pričakujejo od njega. Ponujanje pribora za injiciranje uživalcu drog pri prvem kontaktu z njim je direktno sporočilo uživalcu, da je prenašalec virusa HIV. Tako delovanje terenskega delavca povzroča odpore pri uživalcih za nadaljne sodelovanje, ne le zaradi tega sporočila, ampak tudi zaradi uživalčevega prepričanja o nekoristnosti terenskega delavca nasploh.

PRIMERI IN ANALIZA PRIMEROV

PRVI PRIMER

V lokalu, ki ni znano zbirališče uživalcev drog, sem opazila uživalca, ki sem ga srečevala na terenu, vendar z njim do takrat nisem imela priložnosti za kakršen koli pogovor. Stopila sem do njega in mu povedala, da ga na videz poznam iz določenega lokala, ki je znano zbirališče uživalcev drog, in če ga ne moti, da bi rada z njim govorila. Takoj na začetku sam povedala, da vem, kateri skupini ljudi pripada. Presenečeno me je poslušal in potem pripomnil, da sem »prfuknjena«, ker si ga dovoljim kar tako določiti kot enega izmed tistih. Nato me je vprašal, kaj je na njem videti drugačnega od ljudi, ki so tukaj v lokalu. Bila sem v veliki zadregi, in da bi popravila, kar sem rekla, sem nadaljevala, da sam na terenu slišala, da z ženo pričakujeta otroka, in ker sta oba uživalca drog, predvidevam, da bosta potrebovala pomoč. Nato se je razjezil in začel razlagati, da ne potrebuje nobene pomoči in da lahko sam poskrbi za svojo družino. »Veš jaz nisem kot drugi džankiji, vedno imam denar... Lahko greš k meni domov in se prepričaš, da je to res. Lahko poskrbim za otroka. Imam toliko oblačil, da lahko razdelim še drugim.« Po tem kratkem pogovoru sem se opravičila, da sem bila tako direktna, in sem odšla.

Iz primera je razvidno, kakšne napake naredi terenski delavec, če je prepričan, da ga vsi uživalci drog poznajo in nekaj od njega tudi pričakujejo. Kot sem povedala, ni nujno, da že v prvem stiku terenski delavec ponudi pomoč in jo vsiljuje uživalcu drog, če ga uživalec ne prosi za to. Pri navezovanju stikov se je prav tako pokazalo, kakšne so nepravilnosti navezovanja stikov

na slepo, ko želi terenski delavec za vsako ceno stopiti v stik z vsemi uživalci. Znano nam je, da je naloga terenskega delavca, da vzpostavlja stike v prvi vrsti s tistimi uživalci drog, ki niso iskalci pomoči. Iz tega je razumeti, da gre zlasti za tiste uživalce, ki z drogami eksperimentirajo, in ne za uživalce, ki so že bili iskalci pomoči. Uživalec iz primera je namreč že vključen v metadonski program. Kljub neuspešnemu prvemu stiku sem še vedno na terenu srečevala omenjenega uživalca, ki je nadaljeval stike z mano. Lahko bi se zgodilo, da bi zaradi neprimernega načina vedenja terenskega delavca odklonil kakršne koli pogovore, da o oblikah pomoči sploh ne govorim.

DRUGI PRIMER

Sedela sem za mizo skupaj z nekaj uživalcev drog, ko je pristopila neznana uživalka in me vprašala, kdo sem in kaj delam tukaj. Povedala mi je, da me že dva dni opazuje in ugotavlja, da poznam »folk« in se z njim dobro »štekam«. Opravičila se je, ker me kar tako moti, in me je prosila, če si lahko vzamem čas, ker bi se rada z mano na samem pogovorila. Sedli sva za drugo mizo. Vprašala me je, ali ji lahko pomagam pri določenem problemu. Ker se ji je nekam mudilo, me je prosila, ali se lahko ponovno dobiva čez dve ure. Prišla je po dogovorjenem času (kar me je presenetilo), vendar pod močnim vplivom heroina. Večinoma je pripovedovala o svojem življenju, celo o svojih intimnih doživetjih v času, ko se je preživljala s prostitucijo. Ko sem ji povedala, da ji ne morem direktno pomagati pri reševanju njenega problema, ker nimam ustreznih pristojnosti, se mi je vseeno zahvalila za pogovor. Povedala je, da se že dolgo časa ni imela priložnosti pogovarjati z »normalnim človekom, ki se ne zadeva«.

Pozneje sva se še srečevali na terenu, vendar se razen kratkega pozdrava nisva več pogovarjali.

Uživalka ima trenutno problem, ki ga neuspešno rešuje že nekaj časa. Problem že obravnava center za socialno delo, vendar se je vseeno obrnila name z upanjem, da jo bom razumela na drugačen način in ji »resnično pomagala«, tako kot si sama želi. To, da ji bom pomagala na »njen« način, je sklepala iz mojega odnosa z drugimi uživalci, ki ga je opazovala.

Kot terenska delavka nisem imela stikov z drugimi institucijami in ji zato nisem mogla veliko pomagati. Menim, da se z mano ni naprej pogovarjala o svojem problemu zato, ker je ugotovila, da ji nisem direktno koristna.

TRETJI PRIMER

Sama sem sedela za mizo v lokalu, ki je bil znano zbirališče uživalcev, in ker ni bilo še nikogar, sem se odločila, da počakam. Po kratkem času je nekaj miz naprej sedel uživalec, s katerim še nisem imela stika. Nekajkrat sem ga že opazila v tem lokalu, zato sem bila prepričana, da je opazil tudi on mene in da me pozna. Pričakovala sem, da bo prisedel k moji mizi ali se vsaj začel pogovorjati z mano. Ker se kar lep čas ni zmenil zame, sem se začela pogovarjati z njim čez mizo. Vprašala sem ga, kako to, da ni drugih uživalcev, in kje so. Pogledal me je in brez besed pil kavo naprej. Nadaljevala sem, da vem, da so bili včeraj ob tem času uživalci že tukaj in da se mi zdi nenavadno, da jih še ni. Tudi pogledal me ni, a sem vseeno vztrajala in ga vprašala, ali ve, ali bo ta in ta uživalec prišel. Ker sem ga še naprej »napadala« z vprašanji, je demonstrativno vstal in se preselil od mize za šank, kjer je v miru popil svojo kavo, potem pa je odšel.

Iz primera je razvidno, da vsi uživalci drog ne poznajo terenskega delavca, čeprav je na mestu dogajanja. Ponesrečen poskus navezave stika načeloma ni problematičen. Razumljivo je, da se je uživalec iz previdnosti odmaknil, saj sem ga kot tujka spraševala po njegovih prijateljih, namena mojega spraševanja pa ni poznal. Lahko bi namreč bila tudi policaj ali sorodnica katerega izmed uživalcev, s katero se ne bi želel še dodatno zapletati.

ČETRTI PRIMER

Za mizo se je skupina uživalcev pogovarjala o tem, kako ugotoviš, ali si okužen z hepatitisom. Na videz sem jih poznala, vendar se doslej z njimi nisem pogovarjala. Ob napačni razlagi ene izmed uživalk, kako krvni testi pokažejo, da si pozitiven, sem dobila priložnost, da se vključim v pogovor. Začela sem razlagati in na ta način prekinila uživalko, ki je govorila. Uživalka se je razjezila in vprašala, kdo sem, da se delam tako pametno, če pa jim je v programu za odvisnike sam zdravnik tako razložil. Povedala sem, da delam na terenu, da sem medicinska sestra in da študiram socialno delo. Uživalka je nato nadaljevala razlago, jaz pa sem se še kar naprej vmešavala in jo prekinjala. Niti opazila nisem, da se je med nama že vnel prepir, ker sva zagovarjali vsaka svoje stališče. Pogovoru je sledil neki uživalec, ki me je poznal, in je pritrdil tistemu, kar sem razlagala, ter povedal, da sem strokovnjak, ki zanesljivo ve več o tem kot neka džankica. Drugi so samo opazovali dogajanje, kar je še bolj razjezilo uživalko, ki me je še enkrat vprašala, kdo me je sploh kaj vprašal, kaj mislim, in da naj grem drugim pamet solit.

Terenski delavec potrebuje strokovno znanje v prvi vrsti zase. Iz primera je razvidno, da sem se z prezgodnjim vpletanjem v pogovor uživalcev postavila na stališče »več vem kot vi«, rezultat pa je bil odklonilen odnos. Naloga terenskega delavca je ugotavljati stališča in mnenja uživalcev do različnih problemov. Šele z ustrezno analizo se pokaže, kako bi bilo mogoče ukrepati in kaj bi bila najboljša rešitev. Menim, da sem prehitro posredovala, zato da bi pritegnila pozornost. Uživalcem nista bila jasna vloga terenskega delavca in znanje, ki ga ima. Zato je uživalka bolj verjela instituciji, ki ima moč, kot nekomu, ki opravlja delo na ulici. Iz tega je tudi razvidno, da se mora terensko delo šele uveljaviti kot strokovna dejavnost ter da se mora v okviru tega tudi terenski delavec šele uveljaviti kot strokovnjak.

PETI PRIMER

Med pogovorom z znanimi uživalci me je na terenu ogovorila neznana uživalka in me vprašala, kako se lahko zaposli. Ker tovrstnih informacij nisem imela, sem ji obljubila, da se bom o tem pozanimala in ji naslednji dan sporočila, kaj sem izvedela. Na njeno vprašanje, ali bom to res naredila, sem pritrdila. Naslednjih nekaj dni po tem pogovoru nisem prihajala na teren. Ko sva se naslednjič srečali na terenu, se z mano ni hotela več pogovarjati.

Terenski delavec ima na terenu številne stike z uživalci drog, tako da si mora beležiti v dnevnik dogajanja in dogovore, sicer se mu lahko kaj hitro zgodi, da na določeno stvar pozabi ter tako ne izpolni obljube. Ni nujno, oziroma, celo ni mogoče, da se terenski delavec angažira za vsak posamičen primer v celoti, ker je razumljivo, da se srečuje s številnimi problemi in da sam ne more rešiti vseh. Terensko delo je timsko, kar pomeni, da terenski delavec sodeluje z ekipo strokovnjakov, tako da lahko posamezne primere napoti tja, kjer bodo dobili ustrezno pomoč.

ŠESTI PRIMER

Bila je ura, ko večina uživalcev odide domov, tako da nas je za mizo sedelo samo še nekaj. Za sosednjo mizo se je neznana uživalka pogovarjala z neznanim uživalcem in jokala. Uživalci za mizo so naenkrat utihnili, jok se je očitno dotaknil vseh. Nekdo je pripomnil, da ni nič narobe. Ko je uživalka čez čas ostala sama za mizo, sem prisedla. Ker me ni poznala, je nekaj časa gledala vame, potem je dejala, da ve, da delam z džankiji, nato pa je še huje zajokala. Tako žalostnega in objokanega obraza že dolgo nisem videla. Čutila sem potrebo, da jo objamem in pocrkljam, vendar tega nisem storila. Nekaj v meni je jokalo skupaj z njo. »Ostani z mano,« me je prosila, »nič ni narobe, samo živeti ne morem več. Tako bi rada umrla, dovolj imam horsa, vse je narobe.«

Naslednjič, ko sva se srečali, me je uživalka vprašala, ali mi je težila. Želela si je pogovora z mano. Večkrat smo se po dogovoru srečale. Čez čas me je peljala k sebi domov, da spoznam njene starše.

Iz primera je razvidno, kako se je vzpostavil pozitiven odnos. Kot sem omenila, je to proces, ki traja, in ne dogodek. Ko terenski delavec vzpostavi stik z uživalci, si mora prizadevati nadaljevati stike, pa četudi gre samo za pogovore. Srečanje s starši je bilo resnejša priložnost za reševanje problema, ki ga je imela uživalka, vendar terenski delavec tega ne more početi na terenu. Uživalki je odgovarjalo, da sem bila zgolj poslušalka, ki je sočustvovala z njo. Terenski delavec mora znati obvladati čustva.

SEDMI PRIMER

Neznana uživalka je pristopila k meni v lokalu in me prosila, ali ji lahko plačam pijačo. Dala sem ji 100 tolarjev, kar je bilo ravno dovolj. Opravičila se mi je, ker je »fehtarila«. Naslednjič je prišla k meni in me vprašala, ali se mi zdi lepa. Za sosednjo mizo so se pogovarjali o tem in rada bi slišala moje mnenje. Pri naslednjem srečanju me je samo pozdravila, pri nadaljnjih srečanjih pa niti tega ni več storila. Po nekaj takih srečanjih je nekoč spet pristopila k meni in me vprašala, ali ji lahko pomagam, ker ima zelo hude težave. Nekajkrat sva se po dogovoru srečali v mestu, nato pa sva se na njeno željo dogovorili, da se srečava pri njej doma, kjer me je predstavila staršem, s katerimi sem se še nekajkrat srečala.

Iz primera je razvidno, da uživalka v prvih stikih ni potrebovala strokovne pomoči. To je ena od faz odnosa, v kateri uživalci preverjajo, kakšen je terenski delavec kot oseba in kot strokovnjak. Navedeni primer predstavlja vzpostavljanje želenega odnosa med uživalci drog in terenskim delavcem.

OSMI PRIMER

Z neznanim mladoletnim uživalcem sem navezala prvi stik prek znanega uživalca. Srečala sva se po dogovoru. Za pogovor sva izbrala lokal, v katerem se niso zbirali uživalci drog. Uživalec je bil zgovoren in mi je naravnost povedal, da ga lahko v zvezi z drogami vprašam, kar hočem, ker mi bo vse povedal, zato ker mu je neki njegov zelo dober prijatelj povedal, da sem »kul«. Pogovarjala sva nemoteno eno uro. Poslušala sem njegovo zgodbo: mladostnik z nedokončano osnovno šolo, oče alkoholik, mama komaj skrbi zanj. Kmalu bo imel rojstni dan in si želi povabiti prijatelje na žur. Za sabo ima bivanje v vzgojnem domu za mladoletnike, čemur sta sledila še dva zavoda. Pripomnil je, da socialne delavke ne vedo, kaj z njim narediti, in se mi hkrati opravičeval, češ, da se povedano ne nanaša name. Ganila me je njegova otroška bolečina, solz v očeh nisem mogla več zadrževati. Prosila sem ga, da nehava pogovor, in mu ob slovesu ponudila 1.000 tolarjev za rojstni dan. Bil je v zadregi in denarja ni hotel sprejeti. Dejal mi je, da se z mano ni pogovarjal zaradi denarja. Poudarila sem, da sem mu denar ponudila kot darilo za rojstnii dan.

Kot sem omenila na začetku, sva se z uživalcem srečala po dogovoru. Na njegov odnos do mene ob prvem stiku je vplivalo mnenje znanega uživalca, ki ima pozitivne iskušnje z mano in dober odnos z njim. Zaupal mi je brezpogojno in odkrito govoril o temnih straneh svojega življenja. Iz primera je razvidno, da kot terenski delavec nisem znala obvladati čustev, ki so nekontrolirano prišli na dan. Terenski delavec kot oseba, ki pomaga drugim, mora znati kontrolirati čustva. Denar sem ponudila uživalcu zgolj iz materinskih čustev, saj bi bil lahko po starosti moj otrok, in ker mi je je pred tem povedal, da že dva dni ni nič jedel. Prišel je namreč v Ljubljano k prijateljem in že prvi dan zapravil ves denar, tako da ni imel niti za avtobus, da bi lahko šel domov. Njegova zgodba je bila resnična, kar mi je potrdil tudi znani uživalec, ki ga pozna že dlje časa in ga ocenjuje kot zelo dobrega in

poštenega fanta, ki ima sicer smolo v življenju, ker uživa heroin. Z uživalcem sem vzdrževala nadaljne kontakte po dogovoru. Odnos sva gradila nekaj mesecov. Na enak način, kot sem bila jaz predstavljena njemu, je tudi on mene predstavljal drugim uživalcem. Pomagal mi je, da sem prišla v stik še z dvajsetimi, dotlej neznanimi uživalci.

DEVETI PRIMER

Na terenu za mizo sem sedela s skupino uživalcev in se pogovarjala. K mizi je pristopil mlajši uživalec s prošnjo, naj mu pomagamo, ker je v hudih težavah zaradi denarja, ki ga mora vrniti dilerjem, ker mu grozijo s pištolo. Ostali uživalci, ki so sedeli za mizo, so ga odganjali, naj neha težiti, da imajo dovolj njegovih zgodb in da naj da že enkrat mir. Potem se je obrnil direktno name: »Ti si socialna delavka, ti lahko razumeš, da sem v stiski. Res, prisežem, da ne blefiram. Že en teden mi grozijo, da me bodo ubili, če ne bom prinesel denarja do konca tedna. Da ne boš mislila, da rabim denar za drogo. Kar tako te ne bi spraševal, raje bi si sposodil od prijateljev. Tak že nisem, lahko mi verjameš. Prosim te, pomagaj mi, vrnil ti bom denar. Res, zelo me je strah, ti tipi so nori, ubili me bodo. Kolikor mi daš, bo v redu.«

Dala sem mu 150 tolarjev, potem pa so mi drugi uživalci rekli, da sem nasedla psihotu, ki tako fehtari, od kar ga poznajo.

Primer kaže posrečen poskus manipulacije uživalca. Zabloda terenskega delavca je v tem, da misli, da bo na tak način pritegnil uživalca k nadaljnemu sodelovanju. Ponujanje denarja ni pravilen način, s katerim bi lahko terenski delavec prišel v kontakt z uživalcem drog.

DESETI PRIMER

Znan uživalec, ki v času najinih druženj ni užival drog, me je prosil, če mu lahko posodim 5.000 tolarjev, ker ima priložnost, da gre za tri dni na morje. Po naključju sva se naslednji dan srečala v mestu. Še leto dni po tem se je izogibal srečanja z mano.

Ta primer kaže, da se tovrstne manipulacije ne dogajajo le ob prvih stikih, temveč tudi potem, ko je odnos že vzpostavljen. Pri vzpostavljenem odnosu lahko terenski delavec iz občutka nekoristnosti ustreže uživalcu na podlagi osebnega prepričanja in ne na podlagi dejanskih potreb uživalca.Terenski delavec mora na terenu ponujati izključno strokovno pomoč.

ENAJSTI PRIMER

Za mizo je sedela skupina znanih uživalcev in se pogovarjala o novemu heroinu, ki je prišel na »sceno«. Slišati je bilo, da tako dobrega heroina že dolgo ni bilo. Eden od uživalcev je nato odprl majhno belo papirnato vrečko in začel kazati vsebino drugim. Nagnila sam se naprej, da bi tudi sama videla. Uživalec, ki je kazal heroin, me je zasul z vprašanji: »Kaj, te zanima hors? Saj se mi je zdelo, da vsakega zanima. Kaj, ali nisi še nikoli poskusila? Res nisi nikoli? Te mika? Če hočeš, ti dam eno črtico, samo, da veš, zadeta boš kot mamba. Za nas, ki smo že navajeni, ni nič, lahko ga sam pokurim v enem dnevu, pa ne bom zadet. Dam ti za poskusit.«

Starih uživalci nenehno preskušajo terenskega delavca, in tudi ko je odnos že dalj časa vzpostavljen, je terenski delavec še vedno na preskušnji. V tej igri moči uživalci preverjajo motive terenskega delavca za tovrstno delo. Pri izbiri terenskega delavca je nujno preveriti njegove motive za vključevanje, kajti povsem mogoče je, da niso v skladu z nalogami terenskega dela (prikrit uživalec, dilerski nameni.). Zelo pomembno je, da se v take projekte ne vključujejo posamezniki, ki so že eksperimentirali z drogami. Pomembno je, da terenski delavec zna reči drogam ne.

DVANAJSTI PRIMER

Povabljena sem bila na kavo v stanovanje znanega uživalca, in sicer zaradi pomembnega pogovora. Zmotila sta naju njegova prijatelja, prav tako uživalca, ki sta prosila, da bi se pri njem »zadela«, saj sta v bližini kupila heroin. Oba uživalca sem poznala tudi sama. Rekla sta, da sem pri svojemu delu tako ali tako vsega vajena in naj se ne menim za to, da bosta vpričo mene injicirala heroin. Bom vsaj lahko videla, sta rekla, kako se zadaneš, in znala pravilno svetovati mladim uživalcem, če me bodo seveda sploh hoteli poslušati. Eden od njiju me je vprašal, ali me ne mika, da bi se zadela. »Se res nisi nikoli zadela?« se je čudil. »Kako lahko potem delaš z džankiji, če ne veš, kako je to, ko se ga zadaneš. Samo fino se delaš.« Ob tem sem slišala pripombo drugega uživalca, da ne pozna človeka, ki ne bi hotel probati horsa.

Primer govori o preskusu motivov za sodelovanje. Obstaja nevarnost, da terenski delavec podvomi v svojo strokovnost zaradi izjave uživalca, da ne moreš svetovati, če sam ne poznaš učinkov droge. Uživalci so prepričani, da jim lahko pomaga samo kdo, ki ima izkušnje, vendar pa velikokrat odklonijo prav koristen nasvet drugega uživalca.

TRINAJSTI PRIMER

Na ulici sem srečala znanega uživalca, ki mu je bilo dolgčas, zato me je povabil na kavo. Približno pol ure sva se pogovarjala o vsakdanjih dogodkih s terena, in ko sva odhajala, me je vprašal, ali hočem z njim pokaditi džoint.

V prejšnjih primerih je bil terenskemu delavcu ponujen heroin. Zmotno je mišljenje, da je za terenskega delavca manj nevarno, če mu uživalci ponudijo marihuano. Terenski delavec mora v vsakem primeru reči drogam ne.

ŠTIRINAJSTI PRIMER

Na vabilo dilerja sem šla v njegovo stanovanje in tam srečala deset neznanih uživalcev. Med njimi jih je bilo kar nekaj mladoletnih, ostali so bili v starosti od 19 do 24 let. Večina se ni menila za mojo prisotnost, razen enega uživalca, ki mi je razlagal, da se še ni »navlekel« tako hudo in bi rad poiskal pomoč. Drogo so preprodajali in uživali v takih količinah, da sem pomislila, da za tako množično zbirališče gotovo že zdavnaj vedo tudi policaji, ter sem samo čakala, kdaj se bodo pojavili na vratih. Premišljevala sem, kaj se bo zgodilo z mano. Po eni uri je eden izmed uživalcev začel spraševati, kdo sploh sem in kaj delam tu. Diler je povedal, da sem prijateljica in da ni problema. Vse dela, samo horsa ne uživa. Dejal mi je: »Probaj že enkrat, ne bo ti žal. Vseeno ne verjamem, da nisi nikoli probala. Z njo lahko počnete, kar hočete — ona vse razume.« Hotela sem mu nasprotovati, vendar mi ni pustil do besede. Naprej je razlagal uživalcu, da lahko tudi fuka z mano, če hoče, in pripomnil, da imam rada mlade fante. Potem je še bolj naglas razlagal: če kdo hoče in če jaz hočem, ni problema – postelja je zraven. Čutila sem nevarnost in sem želela domov, kar pa mi je preprečil z prijaznim nasmehom in besedami: »Rad te imam, ti si moja prijateljica in vse razumeš. Veš, da ne bi dopustil, da se ti kar koli zgodi.«

Z dilerjem sva se poznala že dlje časa, zato se mi njegova prošnja, da mu dostavim večjo količino pribora za injiciranje, ni zdela nič nenavadnega, saj na samem začetku vzpostavljanja terenskega dela še ni bilo nič dorečenega. Zdela se mi je dobra priložnost, da kot terenski delavec ustrežem željam uživalca. Nekaj je bilo vmes tudi radovednosti, kajti zanimalo me je, kje in kako živi eden večjih dilerjev, šlo pa je tudi za priložnost, da srečam dotlej neznane uživalce. Če bi danes delala kot terenska delavka, ne bi za vsako ceno ustregla uživalcem. Iz primera je razvidno, da je dobro, da terenski delavci delujejo v paru, kajti sam terenski delavec težje rešuje situacijo med večjim številom uživalcev drog — zlasti med tistimi, ki ga ne poznajo. V stanovanje sem

stopila, ker sem imela prej dobre izkušnje z dilerjem, in nisem pričakovala, da ga bom srečala v tako »zadetem« stanju. Terenski delavec se pogosto zanese na prejšnje izkušnje z uživalci drog in neha biti pozoren na podrobnosti pri nadaljnjih srečanjih. Vsako situacijo je treba vedno znova preveriti in biti pozoren na podrobnosti in odtenke.

PETNAJSTI PRIMER

Nekega dne sem na terenu med skupino znanih uživalcev srečala tudi uživalca, s katerim sem se dogovarjala za piknik. Veselo sem ga pozdravila in ga ogovorila: »Kako si kaj, prijatelj moj? Še preden sem lahko prisedla, mi je zelo jezno zabrusil: »Kaj, a zdaj smo vsi kar tako tvoji prijatelji, pizda, kaj se boš ti norca delala iz ljudi. Zgini, pizda, kot ena kurba se nastavljaš vsem. Kaj, a ti bomo kar padli...« Vstajal je z očitnim namenom, da me udari. To sta mu preprečila dva druga, tudi znana uživalca, ki sta vedela, da sva sicer v dobrih odnosih. Ker se je še naprej razburjal, so me drugi uživalci prosili, naj grem stran, dokler se ne pomiri. Sedla sem za sosednjo mizo, ostali uživalci pa so ga začeli opravičevati in so me prosili, naj razumem, da je zadet in da ne ve, kaj dela. Ko bo »čist«, mu bo gotovo žal, kajti drugače ni tako agresiven. Nekaj časa se nisva srečala na terenu. Naslednje srečanje je bilo običajno, kot da se neprijetni dogodek sploh ni zgodil.

Znani uživalec mi je na terenu večkrat predlagal, da greva sama ali z drugimi uživalci skupaj nekam na nekakšen piknik v spomin na stare čase, ko so se ljudje med sabo veliko več družili. Privolila sem. Povedala sam mu, da je treba vse skupaj organizirati in da sama nimama časa. Vsake toliko me je spomnil na dogovor, vendar se dolgo ni zgodilo nič, ker se ni bilo mogoče dogovoriti z drugimi uživalci. Uživalec je od mene kot od terenskega delavca pričakoval druženje, da bi pregnal svoj dolgčas. V druženju z mano je videl priložnost, da ponovno vzpostavi stike z socialnim okoljem; odhod v kino, na izlet, v hribe (področja njegovih interesnih dejavnosti pred uživanjem drog). Tukaj se postavlja vprašanje, kaj sploh je v takem primeru naloga terenskega delavca. Ker nisem mogla zadovoljiti njegovih pričakovanj in ker so se najini interesi razlikovali, je pod vplivom droge sprostil nakopičeno jezo. Poudariti želim dvoje. Ker se pričakovanja uživalcev do mene kot terenske delavke ne skladajo z pričakovanji, ki jih imam sama, moram kot terenska delavka znati motivirati uživalce za sodelovanje na način, ki je v skladu z nalogami in cilji terenskega dela. Po drugi strani bi rada poudarila, da je zelo pomemben dober odnos z uživalci, ki so na terenu pogosto edina možna pomoč terenskemu delavcu v primerih nasilja, oziroma, kjer je na kakršen koli način ogrožena njegova varnost. Ko terenski delavec vzpostavi dober odnos z uživalci drog in ga sprejemejo »za svojega«, lahko nemoteno opravlja svoje delo.

ŠESTNAJSTI PRIMER

Prisedla sem k manjši skupini uživalcev. Takoj zatem sta v prostor prišla dva policista in se napotila naravnost k naši mizi. Vljudno sta prosila, da jima pokažemo dokumente. Iz torbe sem potegnila osebno izkaznico, ko je eden od uživalcev pripomnil, da se to mene ne tiče. Počutila sem se nelagodno, ko sta policista prihajala proti meni, in se spraševala, kaj se bo zgodilo. Policista sta me pogledala, vendar se ni zgodilo nič. Počutila sem se umazano.

Ne bi navajala vseh komentarjev, ki so jih na račun policistov stresli uživalci, ko sta odšla, vendar se mi zdi pomembna izjava nekega uživalca, ki mi je povedal, da lahko sedaj, ko me ima policija za njihovo, pričakujem, da se mi bo to pogosto dogajalo. In ni se zmotil. Varnost na terenu za terenskega delavca pomeni tudi to, da je policija seznanjena s terenskim delom in njegovimi izvajalci. Po drugi strani je eden od uživalcev malo za šalo, malo za res rekel, da sem jaz pripeljala policista v lokal. Terenski delavec ne more opravljati svojega dela, če uživalci sumijo, da sodeluje z policijo (porušeno zaupanje).

SEDEMNAJSTI PRIMER

Za mizo je sedela skupina uživalcev, ko so se pojavili kriminalisti in jih začeli preiskovati. Uživalka, ki je sedela zraven mene, je iskala rešitev, kako naj se znebi heroina, ki ga je imela pri sebi. Možnost je videla v tem, da ga preprosto odvrže pod mizo, ker tako kriminalisti ne bodo mogli trditi, da je bil njen. Rekla sem ji, da sem lahko v tem primeru tudi jaz osumljena in da se mi ne zdi prav, da tako ravna. »Ti ne veš, da lahko mene zaprejo, tebe pa ne bodo, ker si terenska delavka,« mi je odvrnila. Ne glede na to je upoštevala moje mnenje in je skrila heroin na drugo mesto.

Z uživalko sva imeli vzpostavljen želeni (dober) odnos, kar je gotovo vplivalo na spremembo njene odločitve. Pomislila sem, da bi se lahko znašla v zaporu. Le koga bi lahko poklicala v popoldanskih urah, da bi potrdil, da sem tam iz drugih razlogov? Kdo bi mi verjel, da nisem tudi sama uživalec ali celo diler? Terenski delavec zato potrebuje tudi podporo institucije, ki lahko rešuje tovrstne probleme.

OSEMNAJSTI PRIMER

Komaj sem stopila v lokal, ki je bil znano zbirališče uživalcev drog, ko me je lastnik grobo nadrl, da bo zaradi mene in mojih džankijev poklical policijo. »Poglej, kaj so naredili ti tvoji – če jih ne boš spravila v red, vam ne bom več stregel.« Pokazal mi je večjo količino brizg, ki jih je pobral v sanitarijah. Do spora med lastnikom in uživalci je prišlo že pred mojim prihodom, in ker je bila grožnja, da jim ne bo več stregel v lokalu, resna, so uživalci čakali, da uredim spor z lastnikom na bolj miren način.

Iz primera je videti, da se uživalci zavedajo koristnosti terenskega delavca, če izhaja iz njihovih potreb. Sama identiteta terenskega delavca kot strokovnjaka, ki pomaga, je večini neznana. Delo na terenu ne daje profesionalne legitimnosti kot v institucijah, zato je treba razumeti, da se spremembe dosegajo z majhnimi koraki (dolgotrajen proces). Cilj terenskega dela je doseči spremembe v vedenju uživalcev. V tem primeru je prišlo do spremembe vedenja (niso več puščali brizg v sanitarijah), vendar le zaradi osebne koristi uživalcev. V večini lokalov jim namreč ne strežejo, zato je bilo v njihovem interesu, da obdržijo prostor, ki jim je na razpolago.

DEVETNAJSTI PRIMER

V lokalu je za mizo sedela skupina uživalcev. Ko sem prišla, sem sedla nasproti znanega uživalca, s katerim sva se prav lepo pogovarjala. Bil je vesel in duhovit, tako da nas je vse zabaval. Nenadoma je padel s stola in obležal na tleh. Prisotni za mizo so mislili, da gre za kakšno šalo. Sprva ni nihče reagiral, dokler neki uživalec ni zakričal, da umira. Še vedno ni nihče reagiral, in tudi sama sem verjela, da gre za šalo, saj so drugi uživalci dejali, da večkrat na tak način pritegne pozornost. Lastnik lokala je grozil, da bo poklical policijo, če ne nehamo s hrupom. Medtem se je drug uživalec sklonil k padlemu in rekel, naj kdo pokliče rešilni avto. Pri sebi sem presojala: »Blefira? Overdose ni, epileptični napad tudi ne. Kaj, če ga bom morala reanimirati?« Nekateri uživalci so zapustili lokal, da ne bi bili zraven, če bi prišla policija. Za mojih hrbtom je nekdo pripomnil »Naredi kaj, saj si strokovnjak,« in me porinil naprej. Prišel je reševalni avto in napol zavestnega uživalca v spremstvu enega od uživalcev odpeljal na Klinični center.

V primeru se je pokazalo, da si uživalci predstavljajo, da je terenski delavec tudi medicinski strokovnjak, ki naj bi vedel vse (pripisujejo mu skoraj neomejeno moč). Eno od pomembnih vprašanj pri izbiri terenskega delavca se nanaša na znanje, ki ga mora imeti, da lahko upešno opravlja svoje delo. Če govorimo o uživanju drog in njegovih škodljivih posledicah, je razumljivo, da potrebuje terenski delavec tudi znanje z zdravstvenega področja.

DVAJSETI PRIMER

Znana uživalka me je prosila, ali bi se lahko pogovorila z njeno mamo, ker ji ne verjame, da bo kljub uživanju drog naredila šolo. Dodala je, da se bo verjetno z njeno mamo težko pogovarjati, saj je nihče ne more prepričati. Prvi in drugi pogovor sta bila bolj spoznavna. Mama je imela veliko povedati, hči pa ji je vmes nasprotovala, tako da sem bila bolj poslušalec njunega prepira kot aktivni sogovornik. Ko sta odhajali, me je uživalka vpričo mame vprašala, ali imam mogoče pri sebi sterilni pribor za iniciranje. Ko sem ji ga izročila, je njena mama pripomnila, kakšna pomoč pa je to, če ji omogočam uživanje.

Do naslednjih srečanj ni prišlo, in kot mi je povedala uživalka, ji je mama rekla: »Kako naj ti ona pomaga, če ti obenem daje igle, da se bodeš.« Mnenje uživalkine mame ne preseneča, saj ni edina, ki tako odreagira. V javnosti je premalo natančnih informacij o novih prijemih v socialnem delu.

SKLEP

Ti primeri terenskega dela na eni strani opozarjajo na nevarnosti, ki jim je pri delu na terenu izpostavljen terenski delavec, na drugi strani pa opozarjajo na potrebo po usposobljenem terenskem delavcu, ki je pri opravljanju svojega dela samostojen, a velikokrat žal prepuščen samemu sebi in svoji iznajdljivosti, brez podpore in zagotovljene varnosti na terenu.

Sama sem sodelovala pri vzpostavljanju terenskega dela v Ljubljani in iz izkušenj vem, da je nesmiselno izvajati terensko delo, če ga ne podpira izvajalec. To pomeni, da mora izvajalec terenskega dela zagotoviti terenskemu delavcu varnost na terenu in finančno in strokovno podporo ter mu omogočiti ustrezno usposabljanje in supervizijo. Nujen pogoj pri vzpostavljanju dejavnosti je tudi sodelovanje terenskega delavca z drugimi institucijami, ki izvajajo različne oblike pomoči uživalcem drog. Šele na tak način bo lahko terenski delavec nastopal kot oseba, ki lahko resnično pomaga in ga bodo uživalci sprejeli kot koristnega.

Praksa je pokazala, da je vnašanje tujih izkušenj in sklepov o potrebi vzpostavljanja terenskega dela priprava na raziskavo specifičnih okoliščin in konteksta, v katerem se droge uživajo pri nas. Začetek dejavnosti terenskega dela, ki ga vpeljujemo pri nas, lahko razumemo kot raziskovalno terensko delo, ki mu šele pozneje sledi definiranje strategije dela. Naprej, terenski delavci, ki imajo konkretne izkušnje pri delu z uživalci drog, morajo posredovati izkušnje in sčasoma izoblikovati standarde o vzpostavljanju stika in nadaljevanju ter vzdrževanju dobrega odnosa z uživalci drog, ki je edino sredstvo, s katerim bo lahko terenski delavec uresničeval naloge in cilje terenskega dela. Obenem s tem prispevajo tudi k razvoju prakse socialnega dela na področju uživanja drog.

Dare Kocmur

PROJEKT STIGMA – RETROSPEKTIVA

ZA PRAGMATIKO SOCIALNEGA DELA NA PODROČJU DROG

NEKAJ ZGODOVINSKIH OPAZK V ZVEZI Z STIGMO

V letu 1989 je skupina zainteresiranih posameznikov – prostovoljcev, socialnih in zdravstvenih delavcev in uživalcev drog – začela na pobudo Antiprohibicionistične zveze Slovenije, ki je bila predhodnik zavzemanja za nove prijeme v politiki do drog, ustanavljati Društvo Stigma – nevladno organizacijo za »pomoč, samopomoč in nasvete v zvezi z drogami in AIDSom«. Društvo je bilo ustanovljeno leta 1990. Ideja o prijemih, ki so značilni za *harm reduction*, je bila prvič razvita v Društvu Stigma ter hkrati zastopana v okviru zagovorništva novih pristopov po vsej državi. Veliko Stigminih aktivistov je bilo na začetku vpletenih v etnografske raziskave, ki so se odvijale v letu 1991.

V mislih imam obdobje, v katerem je začela Stigma izvajati projekt, imenovan »Preventiva AIDSa skozi organizacijo pomoči in samopomoči uživalcev drog«. To obdobje je bilo posebej zanimivo, ker je bil to pionirski projekt, ki so ga so spremljale številne organizacijske težave, obenem pa se je bilo treba izogibati nevarnostim, ki so nasploh značilne za tako občutljivo področje, kot je preventivno delo na področju uživanja mamil.

Program je predvideval ustanovitev centra za izvajanje svetovanja glede varnejšega uživanja drog, varnejše spolnosti, opozarjajoč na nevarnosti prenosa virusa HIV, hepatitisa itn. (v okviru neposrednega dela z uporabniki in v okviru projekta STIGMA – DROGE – AIDS – HOT-LINE), za izvajanje projekta zamenjave brizgalk, za razvijanje metadonskih klubov v ogroženih mestih (Ljubljana, Koper, Maribor) in za usposabljanje aktivistov, prostovoljcev in drugih sodelavcev na projektu. V tem okviru sta bili predvideni tudi distribucija informativnih materialov (zloženke, bilteni) in distribucija kondomov. Projekt zamenjave igel, ki se je takrat začel izvajati pod vodstvom avtorja pričujočega teksta, je bil prvi projekt zamenjave igel v Vzhodni Evropi, kjer je še danes eden redkih in edini v Sloveniji.

Celoten projekt Stigme je takrat finačno podprla WHO v višini 55.000 ameriških dolarjev.

SPLOŠNA IZHODIŠČA PREVENTIVE

Ob pojavu AIDSa, ki je bil opredeljen kot kuga 20. stoletja – v strokovnem smislu glede načina prenosa primerjava seveda ni ustrezna, mišljena je bolj v epidemioloških razsežnostih neustavljivega napredovanja –, je bil na začetku artikuliran zlasti problem samozaščite, preventive in samoorganiziranosti tistih marginalnih skupin, ki so bile spoznane za rizične (geji, prostitutke, uživalci drog). Glede na epidemiološke razsežnosti zadnjih let je nevarnost širjenja AIDSa postala realen problem za vse, ob tem pa še zmerom ostajajo nevarnosti prenosa v bolj specifičnih okoliščinah – v našem primeru med uživalci drog –, ki pomenijo nevarnost tudi za ostale segmente populacije. Nevarnosti prenosa med uživalci so povezane zlasti s posojanjem pribora za injiciranje in z nezaščitenimi spolnimi odnosi. Kar zadeva nevarnost prenosa virusa HIV

z uživalcev drog na ostalo populacijo, je zanimivo naslednje: »V poznih 80. letih so spoznali, da je spolni kontakt med osebami, ki si drogo vbrizgavajo ('vbrizgovalci') in heteroseksualnimi 'nevbrizgovalci' pomembna pot prenosa virusa HIV med injicirajočimi uživalci drog in populacijo, ki si ne vbrizgava drog« (Donoghoe 1993: 59).

Različne statistike navajajo, da ima velik delež (70-80%) uživalcev drog (predvsem heteroseksualni moški) spolne odnose večinoma ali izključno z neuživalkami drog, večina pa ne uporablja kondome.

Kar zadeva navade uživalcev drog, so zanimivi interni izsledki Stigme:

- injicirajoče uživanje drog se hitro širi, zlasti med mladimi;
- uživalci drog zaradi nuje, malomarnosti, strahu, da bi bili ob nakupu brizgalk v lekarni identificirani, pogosto uporabljajo skupno brizgalko in vsak svojo iglo, ker pač mislijo, da se virus HIV prenaša le z iglo,
- zgodi se, da naključno zamenjujejo brizgalke in igle,
- pogosto pripravljajo doze za več uživalcev skupaj v eni žlici z eno vatico (za filtriranje raztopine heroina),
- prav tako jih pogosto po več skupaj naenkrat uporablja vodo iz istega kozarca za pripravo doze ali pa za izpiranje brizgalk,
- pri vbrizgavanju pogosto pomagajo drug drugemu in tudi pridejo v stik s krvjo drugega,
- nekateri pogosto menjujejo spolne partnerje, večinoma pa ne uporabljajo kondomov.

S tega vidika je po tujih in naših izkušnjah, ki se med seboj potrjujejo, mogoče najbolj učinkovito preprečevati širjenje virusa HIV z različnimi ukrepi, ki jih v tujini imenujejo *harm reduction*, *risk minimisation*, *low treshold*, *user friendly*, *syringe exchange* itn., precejšnjo vlogo pa imata tudi detoksikacija in vzdrževanje z metadonom. Te strategije so uspešne zlasti takrat, ko virus HIV med uživalci drog še ni razširjen, predpostavljajo pa, da širjenje virusa pomeni večjo nevarnost za posameznika in javno zdravje kot uživanje drog.

Vloga in izhodišče Stigme naj bi bila v takem ravnanju, ki bi doseglo čim večje število uživalcev drog, da ne bi ostali še naprej potisnjeni v podzemlje. Tam ostanejo nedosegljivi, kar seveda zmanjša učinkovitost ukrepov za preprečevanje širjenja AIDSa (Gorjup, Kocmur 1992).

Potem ko je bil prvi metadonsko-substitucijski program v psihiatrični bolnici Vojnik leta 1989 za več mesecev prepovedan, je Stigma igrala pomembno vlogo pri zagovorništvu metadonskega vzdrževanja. Bilo je tudi prvič, da so se na pobudo Stigme uporabniki metadonske terapije organizirali v civilno akcijo in javno nastopili za svoje zahteve. Metadonski program je bil začasno zaustavljen, faktično pa je vzdrževanje potekalo naprej in uživalci drog so imeli prvič pozitivno izkušnjo s samoorganiziranostjo.

Delo v tej smeri je potekalo naprej in leta 1900 je prišlo do angažmaja mnogih uživalcev ter strokovnjakov iz sociale in zdravstva, ki so sprožili problematiko v zvezi z vprašanji metadona, samopomoči in človekovih pravic uživalcev drog.

V letih 1991 in 1992 je obstajala skupina metadonsko vzdrževanih pacientov, ki je imela redne sestanke na sedežu Stigme. Organizirani so bili kot unikaten »klub metadonsko vzdrževanih pacientov«. Zaradi različnih razlogov organizacijske narave in hkratnih spreminjanj in napredovanja pri konstituiranju metadonskih programov skupina ni več aktivna.

Trenutno je Stigma edina aktivna skupina v zagovorništvu uživalcev drog in edina potencialno samopomočna skupina bivših in aktualnih uživalcev drog v državi. Tesno sodeluje z različnimi programskimi in raziskovalnimi projekti in strokovnjaki, ki so vpleteni v prijem *harm reduction*. Deluje na nacionalnem in lokalnem nivoju. Organizacija ima svetovalno službo v zvezi z zmanjševanjem škode zaradi uživanja drog, svetovalno telefonsko linijo – Stigma Info-line 9789 – za informacije in pogovore o drogah in AIDSu in program zamenjave igel, ki je edini program zamenjave igel v državi.

Osnova Stigminega delovanja je program zamenjave igel (*needle exchange*), ki omogoča klientom brezplačen dostop do sterilnega injekcijskega pribora in ostalih pripomočkov, ki sodijo k varnejšemu inji-

ciranju (askorbinska kislina, destilirana voda, alkoholni tamponi, esmarch preveze), ter seveda tudi dostop do kondomov z ciljem promocije varnejše spolnosti v tej populaciji. Program zamenjave igel bomo v raziskovalnem pristopu poglobili in razvijali skupaj s terenskim delom. Izsledki etnografskih raziskav s terena prav tako rabijo dograjevanju projekta, kakor z vidika produkcije informativnih materialov za kliente tako tudi za posredovanje znanj in izkušenj v svetovalnem delu z uživalci in drugimi (starši, partnerji uživalcev drog idr.).

Stigma prav tako kontaktira veliko uživalcev »s ceste« in jih motivira za vključevanje v metadonske programe in ostale terapevtske programe. V zadnjem letu je Stigma začela razvijati terensko delo v sodelovanju s centrom Lindesmith iz New Yorka in s strokovno asistenco organizacije Lifeline.

Stigma se je pri koncipiranju programa zamenjave igel leta 1992 oprla na liverpoolski model, ki vsebuje osnovne zahteve, predpostavke in smernice v razvijanju programov, kot so zamenjava igel in svetovanje v tem okviru.

UPORABNIKI STIGMINEGA PROGRAMA

Delovanje Stigme je usmerjeno v skupnostno delo z različnimi uporabniki drog, vzdrževanimi na metadonu, in bivšimi uživalci drog. Populacija tistih, ki uživajo droge, je zelo kompleksna in raznolika, tako glede na (sub)kulturno pripadnost, ki se navezuje na uporabo specifičnih drog, kakor tudi na tipologijo uživanja v povezavi z različnimi obrazci tveganega in nevarnega uživanja drog. Uporabniki programa Stigme v perspektivi novih strategij terenskega dela niso samo odvisniki od opiatov (čeprav so ti še vedno ena od prioritetnih ciljnih skupin), temveč tudi drugi uporabniki drog, ki so še neodkrito področje tako v pomenu epidemioloških kazalcev, ki zadevajo številčnost pojava, kakor tudi v kvalitativnem pogledu glede strukturiranosti posameznih skupin v zvezi z mehanizmi tveganega vedenja, načini uživanja in značilnostmi pojava v celoti.

Stigma je nevladna organizacija in med drugim izhaja tudi iz pravic uporabnikov. V tem okviru ponuja zagovorništvo uporabnikom drog v smeri destigmatizacije njihove družbene vloge, ki je predmet kompleksnega prepleta predsodkov, moralizma, okostenelih pristopov z različnih institucionalnih ravni in povprečnih javnomnenjskih reakcij družbe. V tem okviru se zavzema za normalizacijo politike do drog in afirmacijo prijemov, ki jih lahko ovrednotimo in evaluiramo kot koristne za uporabnike drog kakor tudi družbo v celoti.

Uporabniki drog imajo pravico do koristnih informacij in uslug, ki gredo v smeri zmanjševanja škode zaradi uživanja drog, pravico imajo zaščititi se pred nalezljivimi boleznimi (hepatitis, AIDS), pravico imajo do adekvatne izbire zdravljenja in nasvetov za učinkovitejšo resocializacijo.

V svojem delovanju in svetovalnem naporu poskuša Stigma ustvariti konstruktivnejše pogoje za bolj zdravo življenje vseh, ne le uživalcev drog (veliko naših klientov, ki v okviru svetovalne linije Stigma Info-line išče nasvete v zvezi z varnejšo spolnostjo in preventivo za AIDS, ni uživalcev drog).

V okvir programa zmanjševanja škode na Stigmi so vključene naslednje dejavnosti:

- projekt zamenjave injekcij med injicirajočimi uživalci drog,
- distribucija informativnih materialov (stripov, zloženk, letakov, informativnih razglednic – v perspektivi gre za materiale v koprodukciji Stigme z organizacijo Lifeline iz Manchestra),
- distribucija kondomov,
- distribucija ostalih pripomočkov za varnejše injiciranje (destilirana voda, sterilne filtrirne vatice, askorbinska kislina, esmark povoji, razkužila),
- nasveti in informacije o varnejšem, zdravju manj škodljivem uživanju drog in o učinkoviti zaščiti pred nalezljivimi boleznimi,
- psihosocialna pomoč v smeri načrtovanja sprememb in vključevanja v druge terapevtske programe pri tistih posameznikih, ki to pomoč pričakujejo ali želijo,
- objektivno informiranje o različnih oblikah zdravljenja in naslovih pomoči,
- spodbujanje skupin za samopomoč,

• informacije in svetovanje v zvezi z AIDSom, virusi hepatitsa, možnostmi testiranja na virus HIV, nasveti v zvezi z varnejšo spolnostjo,

• terensko delo z etnografskim raziskovanjem, ki vključuje distribucijo vseh pripomočkov za varnejše injiciranje, kondomov, informativnih materialov, odkrivanje novih populacij med uživalci drog in motiviranje uporabnikov za različne programe pomoči,

• svetovanje v sklopu projekta INFO LINE vključuje vsa prej omenjena področja: Stigma Info-Line ponuja ustrezne možnosti svetovalnih pogovorov in informacij s tematskega področja problematike odvisnosti, uživanja drog, preventive širjenja virusa HIV in varnejše spolnosti. Namenjena je tistim, ki jih ta vprašanja neposredno in/ali posredno zadevajo ter želijo nasvet, pogovor in konkretne informacije, ki bi jih s pridom uporabili zase ali pa jih posredovali drugim.

Tematika odvisnosti obsega probleme aktualnih uživalcev drog, mladostnikov, ki z drogo eksperimentirajo, staršev in partnerjev, ki se soočajo s temi problemi in največkrat prvič iščejo pomoč in konkretne informacije v zvezi z novonastalimi vprašanji, na katera nimajo odgovora.

Uživanje drog in vprašanja, povezana s preprečevanjem širjenja virusa HIV in varnejšo spolnostjo, navadno vključujejo odnosni vidik, ki zadeva tudi vprašanja produktivnejših odnosov partnerstva, prijateljevanja, starševstva itn., in so v svetovalnem pogledu tematski okvir — kako obdržati stabilnost in sposobnost ustreznega reagiranja in produktivnih odnosov v primerih, ki so s psihosocialnega stališča grožnja nadaljni osebnostni rasti in medčloveškim odnosom. In nazadnje, program vključuje

• raziskovanje in evalvacijo podatkov (statistika programa zamenjave igel, evalvacija terenskega dela — obdelava podatkov in kvalitativni opisi, evalvacija Info Line projekta —, statistika klicev in kvalitativni pregled).

NEPOSREDNI CILJI PROGRAMA

Ti zlasti zadevajo pragmatično realizacijo zmanjšanja škode zaradi uživanja drog — *harm minimisation* — kot cilja tistih prijemov, ki jih označujemo z pojmom *harm reduction* in pomenijo proces oziroma metode, kako se spopasti s škodljivimi posledicami uživanja drog (npr. ustrezni prijemi in konkretni programi Stigme), in je njihov cilj prav pragmatična, po možnosti tudi izmerljiva sprememba oz. izboljšanje stanja.

V socialnem kontekstu gre za pomoč in spodbujanje procesov samopomoči (npr. neformalni *peer education* glede večje varnosti uživanja) in spodbujanje socialne reintegracije. Za pozicijo uživalcev drog so cilji v smeri normalizacije, enakopravnosti in destigmatizacije njihove družbene vloge.

POSREDNI CILJI PROGRAMA

Ti so v veliki meri vezani na prispevek k normalizaciji politike do drog, zlasti v tistem delu, kjer gre za pomoč uživalcem, njihovim staršem in partnerjem, in na podporo večji medsebojni usklajenosti in dopolnjevanju vseh institucij na tem področju. Ne nazadnje se posredni cilj programa navezuje tudi na eksplicitno poudarjanje ekonomske logike, ki je vkalkulirana v tisti del preventive, kjer gre pri preprečevanju širjenja virusa HIV pravzaprav za »ustvarjanje profita« (*cost benefit*) državi in davkoplačevalcem, glede na letno ceno zdravljenja bolnika z AIDSom po evropskih standardih. Kot vemo, se ta giblje v povprečnem okviru okoli 50.000 DEM. Če Stigma s preventivnim programom prepreči okužbo z virusom HIV samo v nekaj primerih, je že s tem finančno upravičen celoten program zamenjave igel z vsem, kar sodi zraven. Glede nevarnosti širjenja virusa HIV pa velja edino pravočasna preventiva.

ORGANIZACIJA DELA ZA EVALVACIJO

Odvisno od izvedbe in narave posameznih projektov je mogoče izvajati merjenje s številom ljudi, ki jih zajema program, številom

aktivnosti, ki se izvajajo, in tipom aktivnosti. Natančnejši podatki o programu zamenjave igel so prikazani v posebnem razdelku.

POMEMBNOST PROJEKTA ZA SLOVENIJO

Razvoj preventivnega nizkopražnega programa, ki ga razvija Stigma, je potencialno prenosljiv v druga kritična področja pri nas, hkrati pa je pomemben že tudi zaradi samega uveljavljanja strategij *harm reduction*, ki jih pri nas nedvomno potrebujemo. Skupaj z ostalimi tretmaji bo Stigma sodelovala pri zbiranju pomembnih podatkov za ugotavljanje epidemioloških podatkov in kvalitativnih vzorcev tveganega vedenja med intravenoznimi uživalci drog. Stigma oskrbuje sterilen pribor in druge materiale v ljubljanski regiji. V perspektivi planiramo tudi razvoj in spodbujanje samoorganiziranja uporabnikov drog po podobnih modelih na ostalih kritičnih področjih.

OBISKI KLIENTOV OD ZAČETKA DELOVANJA LETA 1992 DO KONCA LETA 1998

(Predelan povzetek analiz, ki jih za Stigmo opravlja Nino Rode, dostopne na Društvu Stigma, Ljubljana, Wolfova 8)

Obdelava temelji na evidenci izdaje igel. Na Stigmi vodimo evidenco izdanih in vrnjenih igel, pri kateri vsak obiskovalec poda svojo šifro na podlagi dogovorjene kode. S tem je omogočeno temeljno spremljanje gibanja obiska na Stigmi in osnovnih značilnosti obiskovalcev. Na podlagi evidence je mogoče ugotoviti datum, količino vrnjenih in izdanih igel, iz šifre obiskovalca pa še spol in približno starost obiskovalca.

Od 15. aprila, ko smo začeli urejeno zbirati podatke, do 31. decembra 1992 je bilo evidentiranih 1.612 obiskov. Izdanih je bilo 9.136 igel, vrnjenih pa 5.191, kar je več kot polovica (56,8%) izdanih igel. Med obiski je bilo 214 (14%) obiskov žensk in 8 (0,6%) obiskov mladoletnih oseb. Prvih obiskov je bilo 450 (27,9% vseh obiskov). Več kot petina prvih obiskov je bila zlasti posledica širjenja dela Stigme. V naslednjih obdobjih je delež upadel.

Od 1. januarja do 31. decembra 1993 je bilo evidentiranih 2.043 obiskov. Izdanih je bilo 12.923 igel, vrnjenih pa 6.664, še zmeraj dobra polovica (51,6%) izdanih igel. Med obiski je bilo 391 (19,5%) obiskov žensk in 35 (1,9%) obiskov mladoletnih oseb. Prvih obiskov je bilo 331 (16,2 % vseh obiskov).

Od januarja do 31. decembra 1994 je bilo evidentiranih 1.310 obiskov. Izdanih je bilo 10.598 igel, vrnjenih pa 4.603. Delež vrnjenih igel je padel na približno dve petini (43,4%) izdanih igel. Med obiski je bilo 324 (24,9%) obiskov žensk in 13 (1%) obiskov mladoletnih oseb. Prvih obiskov je bilo 196 (15% vseh obiskov).

Od 1. januarja do 31. decembra 1995 je bilo evidentiranih 1.008 obiskov. Izdanih je bilo 10.426 igel, vrnjenih 1.559. Vrnjena je bila le dobra sedmina (15%) izdanih igel. Med obiski je bilo 189 (18,8%) obiskov žensk in 3 (0,3%) obiski mladoletnih oseb. Prvih obiskov je bilo 151 (znova 15% vseh obiskov).

Od 1. januarja do 20. decembra 1996 je bilo na Stigmi zabeleženih 1.790 obiskov. Izdanih je bilo 19.381 igel, vrnjenih pa 5.850. Trend vračanja igel se je obrnil, saj znaša delež vrnjenih igel že skoraj tretjino (30,2%) izdanih igel. Med obiski je bilo 362 (20,3%) obiska žensk in 43 (2,4%) obiskov mladoletnih oseb. V tem letu se je povečalo število prvih obiskov na 305 (18,5% vseh obiskov). Tudi delež prvih obiskov se je rahlo povečal, kar kaže na to, da se je zanimanje za Stigmo v tem letu znova povečalo.

Za oceno uspešnosti Stigme v preventivi pred širjenjem virusa HIV med injicirajočimi uživalci drog je pomembna stalnost obiska, saj le stalna uporaba sterilnega pribora za vbrizgavanje zagotavlja uspešno preprečevanje okužbe.

Od 1. januarja 1997 do 31. decembra 1997 je bilo na Stigmi zabeleženih 1.324 obiskov. Izdanih je bilo 11.510 igel, vrnjenih pa 4.066, kar še naprej kaže ne trend večanja uporabljenih igel, ki je narasel na 35,3%.

V letu 1998 je bilo na Stigmi zabeleženih 3.823 obiskov, 640 obiskovalcev. Delež ženskih obiskovalk znaša 21%, povprečna starost obiskovalcev pa 24,2 let. Izdanih je

bilo 39.041 injekcij, vrnjenih 19.190, kar znaša 49,2 %. Število izdanih in vrnjenih igel je skokovito narastlo, glede vračanja uporabljenih igel pa je treba poudariti, da je glede na koncept Stigmine zamenjave igel – ki ni pogojena z nobenimi omejitvami – skoraj 50% kar uspeh. Rezultat vračanja igel je v tem pogledu primerljiv z rezultati znanega projekta Caleidoscope iz Londona.

SKLEP

V celoti obdelani podatki so bili zbrani od 15. aprila 1992 do 31. decembra 1999. V tem času je bilo evidentiranih 12.852 obiskov in 2.243 obiskovalcev. V opazovanem obdobju je bilo izdanih 112.449 igel, vrnjenih pa 46.062, kar znaša 41%. Obisk je bil največji v prvem obdobju do srede 1993, vendar so ob tem nastajali interni problemi v delovanju Stigme, zaradi katerih je prišlo do zamenjave vodstva in kadrovskega osipa, kar je ob doslednem spoštovanju pravil v programu za seboj potegnilo tudi upad obiska.

V letu 1996 se je obisk znova povečal, kar gre pripisati delni kadrovski revitalizaciji Stigme v tem letu, ki je ob pomoči še enega zaposlenega omogočila stalnejše delo. To je pomembna ugotovitev, saj kaže, da med injicirajočimi uživalci drog obstaja zanimanje in potreba po takih dejavnostih, kar je vidno že po tem, da za izvedbo programa ne skrbi več samo en človek. Trend naraščanja obiskov in izdaje in vračanja materiala se je v letu 1998 še izdatno povečal.

Dobre tri četrtine obiskovalcev so moški, kar je dokaj znana slika med injicirajočimi uživalci drog. Starost obiskovalcev in obiskovalk Stigme se ob prvem obisku giblje med 14 do 49 let, povprečna starost pa je približno 25 let. Ženske so v povprečju mlajše od moških.

Podatki o zamenjavi igel na Stigmi kažejo, da je populacija injicirajočih uživalcev drog dokaj heterogena, da pa je med njimi razširjeno zanimanje za zamenjavo igel. Struktura obiskovalcev Stigme namreč dokaj dobro odgovarja strukturi uživalcev drog, ki so jih ugotovili v različnih raziskavah pri nas in v tujini. Izmenjava igel kot oblika zmanjševanja škode, ki nastaja zaradi injicirajočega uživanja drog, se je pokazala kot uspešna in potrebna, treba pa bi jo bilo prenesti v druge kritične dele države in dopolniti s terenskim delom z uživalci drog.

Literatura

Donoghoe, M. C. (1993), Spolnost, HIV in injicirajoči uživalci drog. *Mreža drog*, 4 (56-73).

Gorjup, S., D. Kocmur (1992), Stigma. *Časopis za kritiko znanosti* (Droge na tehtnici), XX, 146-147 (219-220).

Vito Flaker, Vera Grebenc, Nino Rode, Janko Belin, Dragica Fajon, Alenka Grošičar, Ilonka Feher, Mateja Šantelj, Andrej Kastelic, Darja Zupančič, Zlato Merdanović

PODOBE UŽIVANJA HEROINA V SLOVENIJI Z VIDIKA ZMANJŠEVANJA ŠKODE

PRELIMINARNO POROČILO O RAZISKAVI

OZADJE

Raziskava, o kateri poročamo, je del projekta Phare »Zmanjševanje povpraševanja po drogah«, v katerega je vključena tudi Slovenija. Slovenija je sprejela skupaj s Češko republiko in Makedonijo regionalni podprojekt »Zmanjševanje škode«. Raziskava temelji na »Hitri oceni in odgovoru« (*Rapid Assessment and Response - RAR*), instrumentariju, ki sta ga razvila Stimms in Rhodes za Združene narode in WHO (1998). Predloga naše raziskave je temeljila na istih predpostavkah in imel namen doseči podobne rezultate, se pravi, ne le raziskovalne, temveč tudi praktične, in se je tudi povezovala z drugimi dejavnostmi, ki so potekale znotraj okvira projekta Phare.

Pri raziskavi smo izhajali iz tradicije akcijskega in kvalitativnega raziskovanja, ki ga na Visoki šolo za socialno delo razvijamo zadnji dve desetletji. Na podlagi izkušenj iz predhodnih raziskav, npr. *Droge in nasilje* (Flaker 1993), se je razvilo veliko pobud na področju zmanjševanja škode in sklepamo lahko, da je prav tovrstna metodologija ustrezna za hkratno pridobivanje spoznanj s področja uživanja drog, organizacijskih izkušenj in ozaveščanja strokovne in splošne javnosti.

NAMEN

Namene raziskave smo opredelili takole:

- razširiti poznavanje uživanja drog v različnih okoljih, z različnimi slogi, v različnih subkulturah in kulturah; spoznati vsakdanje življenjske okoliščine uživalcev, družbene razmere, kvaliteto življenja, tveganja in moč njihovih tehnik preživetja;
- oceniti delovanje služb, ki so na voljo za reševanje problemov, povezanih z uživanjem drog, in učinke drugih družbenih dejavnikov in reakcij na uživanje drog;
- spodbujati procese, ki bodo zapolnili vrzeli v obstoječih službah in ponudbi, kot tudi tiste, ki bodo prispevali k spremembam v obstoječih službah, da bodo lahko svojim uporabnikom ponudile bolj ustrezne službe;
- spodbujati bolj realističen in pragmatičen odnos in stališča v procesih odločanja, službah na tem področju in splošni javnosti.

TEMELJNE METODE

Temeljni metodologiji, ki smo ju uporabili pri raziskavi, sta bili kvalitativno in akcijsko raziskovanje. Poskušali smo ustvariti zemljevid uživanja nedovoljenih drog v Sloveniji, zlasti heroina, na podlagi gradiva, ki smo ga z raziskovalno dejavnostjo sami ustvarili, hkrati pa tudi z uporabo že dostopnega gradiva. Naš namen je bil zlasti opisati in orisati procese, okoliščine in momente uživanja drog v Sloveniji. Trudili smo se dobiti dovolj plastično in realistično sliko, ki bo lahko podlaga za ustrezno akcijo.

Največji in najpomembnejši del raziskave so intervjuji z uživalci. Z njimi hočemo predstaviti podobo uživanja, življenja ob heroinu in služb, ki so namenjene uživalcem, iz perspektive uživalcev. Uživalci so bili udeleženi tudi v obdelavi gradiva kot komentatorji in sodelavci.

CILJI

Prvi cilj raziskave je bil ustvariti konceptualni (a tudi izvedbeni) *okvir* za beleženje, zbiranje in analiziranje podatkov. Hoteli smo narediti okvir in infrastrukturo za *kartografijo uživanja drog v Sloveniji*. Pri tem nismo hoteli ugotavljati samo geografske razpršenosti, temveč ustvariti tudi pregled različnih vzorcev, stilov, tveganj, procesov, dinamike, vektorjev vključevanja različnih akterjev.

Na podlagi tega in akcijskega dela raziskave smo hoteli spodbuditi in okrepiti akterje (uživalce, terenske delavce, socialne delavce, zdravstvene in duševnozdravstvene delavce), da se bodo zmožni ukvarjati z vprašanji, povezanimi z uživanjem drog, na bolj učinkovit in pragmatičen način ter tako vplivati na spremembe v obravnavi, stališčih in ukvarjanju s problemi, povezanimi z uživanjem drog.

POTEK RAZISKAVE

Raziskava potekala na Visoki šoli za socialno delo. V osnovnem timu raziskave so bili poleg nosilca raziskave (Vito Flaker) še Vera Grebenc, Nino Rode in Jani Belin. Sodelovalo je še več občasnih članov, ki so se povezovali s timom prek sveta projekta, usposabljanj in drugih dejavnosti projekta Phare in raziskovalnega tima. Lahko bi rekli, da je bila v raziskavo vpletena cela mreža strokovnjakov, aktivistov in nenazadnje uporabnikov ter da je tim deloval v veliki meri mrežno in ne kot kompakten raziskovalni tim. To je imelo seveda svoje dobre strani, saj so se lahko vključili v raziskovalno delo zelo različni ljudje ob različnih priložnostih, hkrati pa je timu to omogočilo zasledovanje in spremljanje različnih procesov, ki v začetku niso bili eksplicitno navedeni v raziskovalnem načrtu.

Tim je imel podporo sveta projekta, ki ga sestavljajo ključne osebe iz strokovnih in znanstvenih krogov (Jani Bras, Dragica Fojan, Bojan Dekleva, Nada Glušič, Gorana Flaker, Jože Hren, Andrej Kastelic, Dare Kocmur, Milan Krek, Evita Leskovšek, Blaž Mesec, Dušan Nolimal, Vesna Petrič in predstavniki Ministrstva za delo, družino in socialno zadeve in Ministrstva za zdravstvo). Svet se je sestal trikrat, člani sveta pa so se vključevali v raziskovalne in akcijsko-raziskovalne dejavnosti glede na svojo ekspertizo. Svetovalec in sodelavec tima je bil tudi predstavnik nizozemske organizacije uživalcev drog Theo van Dam, prek projekta Phare pa smo sodelovali z raziskovalci iz Makedonije in Češke in s Timom Rhodesom iz Anglije.

OPRAVLJENO DELO

Raziskava se je začela v septembru 1998. V okviru raziskave in v povezavi z njo smo:

- izdelali pojmovni okvir raziskave (Matrica senzitivirajočih pojmov)
- zbirali že obstoječe gradivo (statistično, objavljeno gradivo)
- sodelovali pri evalvaciji projekta Drop-in na Fondaciji Robert
- sodelovali pri usposabljanju strokovnih delavcev v zaporih in delavcev Centrov za odvisnosti
- usposobili študente za izvedbo intervjuja in hitre ocene v različnih krajih po Sloveniji
- izvedli (s pomočjo študentov 3. letnika) okoli 71 intervjujev z uživalci po vsej Sloveniji
- naredili *Hitro oceno uživanja drog* v tridesetih krajih po Sloveniji
- sodelovali pri usposabljanju terenskih delavcev in načrtovanju projekta terenskega dela
- naredili »Hitro oceno« v naselju Fužine in sodelovali pri nastavitvi skupnostnega projekta
- sodelovali pri spodbujanju samoorganiziranja uživalcev v Sloveniji s Theom van Damom.

DOSEŽENI REZULTATI

Večino spoznavnih in akcijskih ciljev smo dosegli. Na spoznavni ravni smo naredili (a) kvalitativno analizo zdravstvenih in socialnih tveganj, povezanih z uživanjem nedovoljenih drog, (b) opis različnih scen uživanja

v Sloveniji, (c) splošno evalvacijo služb, ki so na voljo uživalcem, s poudarkom na nizkopražnih programih, (d) opis procesov samorganiziranja in (e) oceno potencialov za ustvarjanje uživalskih organizacij. Na akcijski ravni smo sodelovali (a) pri vzpostavljanju terenskega dela v Ljubljani in drugod, (b) pri načrtovanju nizkopražnih programov in (c) pri vzpostavljanju mreže uživalcev v Ljubljani in Sloveniji. Na didaktični ravni smo rezultate vključevali v redni študijski program in razvijali dopolnilne oblike. V redni program usposabljanja socialnih delavcev smo vpeljali tematiko zmanjševanja škode na področje drog, izvedli in zasnovali smo program usposabljanja za terensko delo, sodelovali smo pri usposabljanju socialnih delavcev in drugih strokovnih delavcev v socialnih in zdravstvenih službah, prijavili specializacijo »Zmanjševanje škode« na Visoki šoli za socialno delo ter sodelovali pri načrtovanju interfakultetnega magistrskega študija.

V tem prispevku bomo predstavili predvsem spoznavne rezultate in zlasti tiste, ki smo jih dobili z intervjuji. Deloma jih bomo dopolnili z podatki, ki so nam bili na voljo, deloma z materialom, zbranim iz drugih dejavnosti tima, deloma pa z etnografskim znanjem, ki ga imajo člani tima bodisi kot uživalci bodisi iz svojega strokovnega dela, pa tudi iz drugih virov in vsakdanjega življenja. Kakor koli že, glavnina predstavljenega materiala izhaja iz intervjujev z uživalci, teme so predstavljene zlasi z njihovega vidika in večkrat z njihovimi besedami.

METODOLOGIJA

METODOLOŠKA OSNOVA

Del raziskave, o katerem poročamo, smo utemeljili predvsem na kvalitativni metodologiji po izročilu Straussa in Glaserja (1967; gl. tudi Mesec 1998). Prvine te metodologije, ki smo ju še zlasti upoštevali, so opisnost, konkretnost in poudarek na induktivnem sklepanju. Usmerjeni smo bili v opisovanje scene in ne k pretiranim posplošitvam. V podatkih, ki smo jih zbrali, vidimo najprej indeksacijsko vrednost, se pravi, da nam pokažejo ali nakažejo, da nas napotijo na nekatere procese, ki jih lahko zabeležimo. Naš namen ni bil zgraditi enovite teorije uživanja heroina, ki bi temeljila na kakšni definiciji ali aksiomu, temveč glede na zbrano gradivo ustvariti podobo uživanja ali, še bolje rečeno, zemljevid. Tako je naša metodologija po eni strani etnografska v ozkem pomenu te besede, se pravi zapisovanje izjav, verovanj, praktik med uživalci in njihova predstavitev javnosti, po drugi strani pa kartografska (v dobesednem in prenesenem pomenu te besede), se pravi, da zbrano gradivo postavimo v razmerja, ga uredimo, katalogiziramo, seveda z odprto možnostjo, da lahko novi podatki in dognanja nekatere dimenzije in sklepe spremenijo, dopolnijo, ali pa z medsebojno dialektiko zadevo celo postavijo na glavo.

Za izhodišče smo torej vzeli klasiko kvalitativnega raziskovanja, vendar ne z namenom, da pridemo do na empiričnih podatkih utemeljene teorije (*grounded theory*), temveč z namenom, da pridemo do večjega števila majhnih, pritličnih teorij o ravnanju uživalcev in drugih akterjev, ki nam bodo sčasoma organizirale gradivo v pregleden zemljevid. Se pravi, naša naloga je bila zbrati podatke, jih indeksirati in katalogizirati, nato urejeno gradivo postaviti v medsebojna razmerja, iz mozaika drobnih teorij sčasoma dojeti celostno podobo, na podlagi teh majhnih dognanj in spoznanj ustvariti taktike zmanjševanja škode, hkrati pa na podlagi celostne slike, ki nam jo omogoča zemljevid, tudi induktivno izpeljati nekatere sklepe, iz katerih lahko izhajajo diskusije o strategijah.

MATRIKA SENZITIVIRAJOČIH POJMOV

Raziskovanje smo začeli s povzemanjem znanja glede na raziskovalne pojme, oziroma, z ustvarjanjem matrike senzitivirajočih pojmov. V njej smo zajeli področje raziskovanja, spremenljivke, ki nas zanimajo, ter ustvarili kritično držo do samoumevnih razlag, teorij in stereotipov, ki obvladuje siceršnje ljudsko in tudi strokovno razumevanje področja uživanja drog. Tako smo dosegli dvoje. Prvič, »ogreli« smo se za raziskovanje,

povečali svojo občutljivost za raziskovano tematiko oz. tematizirali, še vedno precej na široko, področje raziskovanja. Drugič, hkrati smo dosegli, da smo nekatera svoja verovanja, stališča in moralne zadržke v skladu s postulatom kvalitativnega raziskovanja dali »v oklepaj«; na ta način smo vsaj deloma dosegli pripravljenost, da pozorno zaznamo in zapišemo fenomene, ki bi jih sicer spregledali.

Matriko smo sestavili glede na izhodišča raziskave (krajevna razporeditev in vrste služb, kar je v matriki zajeto v prvih stolpcih), glede na pomembne teme uživanja drog in glede na tveganja, ki je povezano z njimi. Zadnje smo tematizirali kot nadaljevanje prejšnjih raziskav (Flaker 1993), še zlasti glede kariere in tipov uživanja (gl. tudi članek o karieri v tem zborniku), pri tem da je bila novost poudarek na stvarnih okoliščinah in tehnikah uživanja. Ta poudarek izhaja po eni strani iz raziskovalne tematike, saj je treba podrobno poznati tehnike, če naj se lotimo ukrepov zmanjševanja škode, po drugi strani pa tudi iz spoznanja, da so prav te tehnike pomemben člen pri družbeni konstrukciji uživanja in vloge uživalca (Becker 1953; 1963; 1969).

Tako je bil matrika nekakšen kompas in dodatek instrumentariju, ki so ga razvili za *Hitro oceno uživanja in ukrepov*. Iz teh dveh pojmovnih okvirjev smo črpali spisek obravnavanih tem in sestavili opomnik pri intervjujih.

Matrika senzitivirajočih pojmov za izdelovanje zemljevida uživanja drog in zmanjševanja škode

kraj	služba	tip storitve	tipi uživanja	subkultura	tip kariere	tehnika uživanja	seks
obala	zapori	visok/nizek prag	abstinenca	pravila	začetek	nabava	partnerji
Dolenjska	policija	pogojevanje	občasno	vloge	medeni meseci	priprava	varen seks
Fužine	sociala	strpnost	redno	vrednote	zasvojenost	aplikacija	seksualne prakse
Dravlje	nevladne org.	učinkovitost	odvisnost	stili	vloga	zaznavanje in uživanje	
Koroška	zdravstvo	fleksibilnost	zasvojenost	muzika	kriminal	overdoze	
•	psihiatrija	razvoj	džanki		vloga bolnika	tehnike preživetja	
•	drugo				zapuščanje		

PRIPRAVA NA ANKETIRANJE

Ker nam sredstva za raziskavo niso dovoljevala nič drugega, ob tem pa se nam je zdelo pametno za cilje študijskega procesa v raziskovanje vključiti študente Visoke šole za socialno delo, smo se odločili, da bodo intervjuje opravili študentje tretjega letnika kot del obveznosti pri predmetu Teorije družbene deviantnosti. V petih dopoldnevih (5 šolskih ur) smo študentom predstavili tematiko raziskave. Eno predavanje je pripravil uživalec, ki je tudi socialni delavec; razgrnil je tipične momente v karieri uživalca iz lastne perspektive. Predstavniki obeh ljubljanskih nevladnih organizacij so

predstavili svoje delovanje, vključno z zamenjavo igel, terenskim delom in delom projekta *drop-in*. Nosilec raziskave je predstavil različne teorije zasvojenosti, vloge uživalcev, družbeno tipologijo uživanja drog in zgornjo matriko. Theo van Dam iz Nizozemske je imel s študenti delavnico o varnem uživanju drog, varni spolnosti, vrstniškem svetovanju in vzpostavljanju stika z uživalci. Na petem srečanju so študenti in študentke prejeli opomnike za izdelavo intervjujev, skupaj s člani tima razjasnili nejasnosti in še dodatno vsebinsko predelali posamezna vprašanja. Metodološko metodični del priprave je izvedel Nino Rode v okviru vaj iz predmeta Raziskovanje, kjer so študentje dobili praktične napotke za izvedbo intervjujev. Preden so se lotili intervjuvanja, smo jih še enkrat prediskutirali.

Študentje so dobili navodilo, da opravijo intervju v domačem kraju. Tako smo, ker so na naši šoli študentje in študentke iz vse Slovenije, pričakovali vsaj približno pokritost teritorija. Študentom smo predlagali, da opravijo intervjuje v dvojicah, tako da se eden iz dvojice v celoti posveti spraševanju, drugi pa zapisovanju. Predlagali smo jim, da intervjuje tudi snemajo, če se uživalec strinja in če okoliščine to dopuščajo. Spodbujali smo jih, da vzpostavijo stik z spraševancem prek prijateljskih mrež, če pa kljub vztrajnosti ne bi bili uspešni, naj se obrnejo na ustanove (CSD, centri za zdravljenje odvisnosti, zdravstveni domovi, druge organizacije, kjer se srečujejo z uživalci drog). Zahtevali smo, naj bo zapis intervjuja dobeseden, le v primerih, ko ne bi bilo mogoče sproti zapisovati, naj se zapiše po spominu takoj po končanem intervjuju. Predlagali smo, da opravijo intervjuje v dveh delih, tako da je drugi pogovor tudi kontrola prvega, da si lahko študentje in njihovi sogovorniki razjasnijo nekatere stvari. Če je le mogoče, naj bi svoj izdelek pokazali sogovorniku, preden ga oddajo. V vseh primerih to seveda ni bilo mogoče. Zapis intervjuja smo zahtevali v elektronski obliki. Dokončna navodila so dobili 18. novembra, o prvih izkušnjah pa so poročali 8. decembra 1998. Študenti so intervjuje in svoja spoznanja predstavili kolegom in članom raziskovalnega tima ter v diskusiji razjasnili morebitne nejasnosti. Prva poročila so bila tudi primerna spodbuda za tiste študente, ki so se obotavlhali in dvomili v možnost intervjuja.

OSNOVNI PODATKI O INTERVJUJIH

ŠTEVILO INTERVJUJEV

Pri izvedbi intervjujev z uživalci drog so sodelovali študentje tretjega letnika Visoke šole za socialno delo iz Ljubljane. V času od 27. 11. 1998 do 7. 1. 1999 je tako nastalo 71 intervjujev.

POKRITOST

Intervjuji so bili opravljeni v 32 občinah, kar je 22% vseh občin v Sloveniji. Občine, v katerih so bili opravljeni intervjuji, pokrivajo tudi približno 29% celotnega teritorija države, v njih pa živi 52% od vsega prebivalstva Slovenije.

	štev. občin	teritorij (km²)	prebivalstvo	preb./km²
Slovenija	147	20273	1.990.266	98,17
pokrito z raziskavo	32	5895,7	1.042.896	176,89
%	21,77	29,08	52,40	1,80

Intervjuji so bili izvedeni v tistih občinah, kjer je večja gostota prebivalstva, kar kaže, da spraševanci — uživalci drog — večinoma prihajajo z urbanih področij. To smo tudi pričakovali, saj se ve, da je razširjenost drog večja v urbanih okoljih.

Število intervjujev po velikosti kraja: 9 (13%) manjši kraj, 27 (38%) večji kraj, 16 (23%) regionalni center, 19 (26%) Ljubljana ali Maribor.

Po spolu je bil vzorec intervjuvanih oseb sestavljen iz 56 (79%) moških in 15 (21%) žensk. Povprečna starost spraševancev je

bila 22,96 ± 3,67 let (mediana: 23, kvartili: 20-25). Spraševanci so v povprečju uživali droge 3,99 ± 3,18 leta (mediana: 3, kvartili: 1,5-5). 37 (52%) spraševancev je bilo aktivnih uživalcev drog, 7 (10%) je uživalo metadon in heroin, 11 (15%) jih je bilo na metadonu, 16 (23%) spraševancev pa je »čistih«: od teh se 1 pripravlja na sprejem v terapevtsko skupino, 2 sta v obravnavi na centru za detoksikacijo, 13 pa jih je bivših uživalcev.

OCENA SPRAŠEVALCEV O ODZIVU INTERVJUVANIH OSEB

10 (14%) spraševalcev je poročalo, da so se počutili nelagodno ali da so imeli nekaj osebnih težav pri vodenju intervjuja. Večina težav je povezanih z začetkom intervjuja in so pozneje med intervjujem izginile oz. prešle. 9 (13%) spraševalcev je poročalo, da spraševanci niso pokazali posebnega sodelovanja z spraševalcem ali pa so pri njih naleteli na težave z odgovarjanjem na posamezna vprašanja. Drugih 11 (15%) je zaznalo nekakšno nelagodje pri osebah, ki so jih intervjuvali.

40 (56%) spraševalcev je bilo zadovoljnih z odzivom spraševancev in menijo, da so dobili od njih tudi veliko informacij, 8 (11%) jih je bilo z izvajanjem intervjuja delno zadovoljnih in 2 (3%) je imelo težave ves čas izvajanja intervjuja. 21 (30%) spraševalcev ni ocenilo intervjuja in poteka intervjuja, vendar tudi niso omenjali nobenih z njim povezanih težav.

OCENA VZORCA

Ocena kvalitete intervjujev

Kvaliteta intervjujev je bila različna. Nekateri so bili dobro zapisani in razgibani, vsi pa so bili vsaj delno informativni in glede na neizkušenost spraševalcev so bili intervjuji daleč nad našimi pričakovanji. Analiza je pokazala, da so bili podatki dovolj raznovrstni, a hkrati konsistentni v zasledovanju raziskovane tematike. Dejstvo, da so bili spraševalci vrstniki in študenti, je prispevalo k sproščenemu ozračju, hkrati pa so študenti vzeli, na veliko veselje raziskovalcev, svojo nalogo izjemno resno. Pri poročanju so ugotavljali, da so se veliko naučili ter da je bilo za njih pomembno srečati se z dejanskimi uživalci in se kvalitetno pogovarjati o njihovem življenju in izkušnjah.

ANALIZA INTERVJUJEV

Če naj na kratko opišemo obdelavo podatkov, je potekala tako, da smo najprej »razrezali« intervjuje po tematskih sklopih, kot so bili v opomniku za izvajanje intervjujev. Na to smo 10 ljubljanskih intervjujev obdelali tako, da smo jih najprej indeksirali, na ta način registrirali posamezne teme in jih katalogizirali po kategorijah. Tako smo izdelali osnovo oziroma okostje naših dognanj. Tem smo potem dodajali izjave in spoznanja iz intervjujev iz drugih krajev. Dodajali smo glede na podobnost, različnost ali celo nasprotnost izjav. Večino sklopov smo tako dopolnili, nekatere sklope pa smo posledično preoblikovali.

Pri tem smo uporabili »širokokotni objektiv«; hoteli smo namreč zabeležiti čimveč oziroma uporabiti večino informacij, ki smo jih dobili. Veliko število informacij, ki smo jih dobili, ima seveda predvsem indeksacijsko vrednost in jih nismo mogli uporabiti za trdne posplošitve[1] marveč le kot pokazatelj dogodkov, ki so mogoči ali celo verjetni tudi v večjem številu primerov, ali pa nasprotno, da so izjemni, vendar tudi kot taki pomembni za razumevanje nekaterih procesov. Tako bo uporabnik te raziskave pogosto pogrešal kvantitativno obtežitev izjav naših sogovornikov ali sklepov naše analize. Pogrešal bo vednost o tem, kako pogosto ali intenzivno se kaj dogaja. Kjer je bilo mogoče, smo naredili oceno na podlagi podatkov, ki so nam bili dostopni iz drugih raziskav in zbirk podatkov, ali pa tudi manj zanesljivo oceno na podlagi vtisa ali celo našega vzorca. Vendar to ni bil naš primarni interes in gre podane podatke resnično jemati kot katalog in zemljevid.

Posledica naše analize in nato sinteze v tekstovno obliko je bil precej zajeten tekst (106.000 besed), kjer prevladujejo citati iz

intervjujev nad veznim besedilom in sklepi in ugotovitvami. Za objavo v tem zborniku smo to besedilo primerno povzeli. S tem je seveda izgubilo na svoji neposrednosti, sočnosti in širini. To napako bomo popravili s poznejšo izdajo celotnega besedila najprej v obliki elaborata, kjer bomo dodali tudi druga spoznanja in dosežke raziskave, ki jih tu zaradi stiske s prostorom, deloma pa tudi časom nismo posredovali, in potem v obliki, ki bo dostopna širšemu krogu javnosti. Deloma pa smo vsaj nekoliko vključili v našo razpravo in tudi prezentacijo primerov spoznanja, ki smo jih pridobili mimo intervjujev (v hitri oceni uživanja heroina v Fužinah, na usposabljanju za terensko delo, skoz stike z uživalci prek animiranja samoorganiziranja itn.). Tako so naši rezultati nedvomno preliminarni in le temelj za nadaljnja raziskovanja, ki bodo bodisi dopolnila naš zemljevid in katalog, bodisi precizneje raziskala posamezne teme ali jih nadgradila z določenimi konkretnimi ukrepi. Kakor koli že, naše raziskovanje še ni končano.

Posebna odlika naše raziskave je, da – čeprav se tematike lotevamo iz ptičje perspektive in uporabljamo širokokotni objektiv – smo v metodološkem prijemu, pri obdelavi in v besedilu dosledno upoštevati perspektivo uživalcev. Izhajali smo zlasti iz njihovih izjav, mnenj in vpogledov. Glede na to, da smo njihove izjave povzeli, se morda izgubi neposredni dokumentarni učinek, vendar je bila metoda obdelave taka, da smo v veliki meri upoštevali induktivno načelo in nismo posegali za teorijami, ki že obstajajo, niti se nismo zatekali k spekulacijam, ki bi bile onstran dobljenega gradiva. Enostavno povedano, naša raziskava predstavlja predvsem pogled uživalcev, utrinke iz njihovih življenj, včasih prav stripovsko stukturirane, ki smo jih povezali med seboj in deloma komentirali.

REZULTATI

POZNAVANJE IN ZAZNAVANJE UŽIVANJA DROG

Eden od naših sogovornikov je celo plejado odnosov do uživalcev povzel takole:

> Vejo, ja. Eni te imajo za kužnega, enim se smiliš, eni te ne upoštevajo – skratka, folk to ne dojame. Kdo pa mara džankije ?

Prikrivanje in ignoriranje uživanja v skupnosti sta generično povezana – ljudje ne želijo javno izkazovati svojega uživanja, večina z *ignoriranjem* pristaja na uživanje drog. Dogovor je kršen, ko pride do problemov (kriminal, preveč odstopajoč videz, nalezljive bolezni.). Ker je uživanje drog prepovedano, začuti »moralna večina« obveznost, da uživanje obsodi, uživalca »kaznuje«, tako da ga »izključi« iz skupnosti (z njim se ne vstopa več v pogodbene odnose), ker »se ne obvlada«, mu ni zaupati, ni več kredibilen. Moralne drže, ki jih zavzamejo, so zaničevanje, poniževanje, preganjanje itn. Vendar lahko z veliko gotovostjo trdimo, da moralna večina ni večina v številčnem pomenu besede. Gre za najbolj glasen del javnosti, ki si vzame pravico, da moralizira v *imenu večine* in se vključuje v križarsko vojno proti *»družbenemu zlu«*.

Liberalen odnos je nasploh značilen za *tiho večino*, se pravi za večino ljudi, ki pravzaprav ne preganjajo uživalcev in jih niti ne opazijo. Ta odnos je povezan z ignoriranjem uživanja drog in jih »prav malo briga«, če kdo uživa; to je njegova stvar. Aktiven odnos morajo zavzeti le, ko nastane problem v njihovem vsakdanjem svetu (družini, delu, soseski). Takrat lahko izbirajo med liberalnim in nestrpnim stališčem.

Govorili so nam tudi o tem, da ima velik del mladine zvedav odnos. Veliko število mladih ljudi ima kajenje kanabisa za povsem normalno stvar. To je skladno s podobo, ki jo je dobil Dekleva (1998: 83), namreč, da se je stopnja obsojanja uživanja drog v zadnjih letih zmanjšala.

Na splošno je vidnost uživalcev majhna. Ljudje jih ne opazijo. Tako ni v srednje velikih krajih, kjer so opazni na deklariranih zbirališčih in jih lahko ljudje prepoznajo. Uživalci pa menijo, da se med seboj dobro poznajo in prepoznajo. Vidnost uživalcev povečuje stik s službami (policijo, lekarnami, zdravstvenimi domovi). V manjših krajih je vidnost, paradoksno, večja in manjša. Ko so označeni, se hitro razve, zato svojo stigmo toliko bolj skrivajo.

DOSTOPNOST DROG

V centrih (Ljubljana, verjetno tudi obala in Maribor) se dobijo vse poglavitne in tudi bolj eksotične droge. V srednje velikih krajih (Kranj, Celje ipd.) je ponudba še vedno izdatna, vendar manjša in se nekaterih drog (npr. kokaina) ne dobi vedno. Heroin je dostopen tudi po teh krajih in tudi v nekaterih manjših, vendar je tu večkrat bolj razredčen. Na podeželju je dostopna predvsem trava, ki jo mladi mnogokrat tudi pridelujejo, ponavadi zase, pa tudi za prodajo. Zato uživalci iz srednje velikih, manjših krajev in iz podeželja hodijo nabavljat v večja mesta.

V Sloveniji se proizvaja zlasti trava in deloma v laboratorijih tudi tripi (LSD). S heroinom povezana proizvodnja je predvsem posvečena mešanju oziroma dodajanju drugih snovi heroinu. Obstaja tudi sporadična proizvodnja »kapsul«, kjer se izjemno majhni količini heroina dodajo še druge droge (zlasti pomirjevala).

Nabava droge poteka ali prek prijateljskih krogov ali prek poznanih dilerjev. Zelo malo je nabavljanja pri neznanih prodajalcih. Nabavlja se tipično pri dilerjih doma, na ulici oz. v zbirališčih uživalcev ali pa po telefonu (gl. poglavje *Dilanje*).

Kot izvor navajajo Albanijo, Makedonijo in Turčijo, tudi Daljni Vzhod. Čistost heroina pri končnem potrošniku je razmeroma majhna. Cene so v zadnjem času razmeroma stabilne, od 5 do 15 tisoč tolarjev za gram trave, 20 tisoč za tableto ekstazija in okoli sto tisoč za gram heroina.

STALIŠČA O UŽIVANJU DROG

Nedvomno najpopularnejša droga v Sloveniji je trava, kanabis, lahko tudi v drugih oblikah. Za del prebivalstva je to že povsem normalna droga. Poskusila jo je več kot četrtina srednješolcev in občasno zakajanje ni predmet obsojanja v mlajših generacijah (Dekleva 1998). Poleg tega je na pohodu ekstazi, ki so ga naši sogovorniki, uživalci heroina, označili kot »hip« drogo tega trenutka. Po priljubljenosti heroin in kokain padeta v drugo ligo.

Droge se uporabljajo na različne načine z glavnim namenom, da se ljudje »zadenejo«, pa tudi za posebne namene, npr. ekstazi za *rave partije* in heroin za *afterhours*[2]. *Speedball*, mešanica heroina in kokaina, se uporablja za raznolikost občutij. Intravenozno se najpogosteje uživa heroin. Tako se uživajo tudi nekatere druge droge: kokain, metadon, apaurin, speed.

Med uživalci heroina je razširjeno tudi snifanje, in v zadnjem času, ker je na trgu večkrat heroin v trdem stanju, kajenje heroina na foliji. Čeprav je razširjeno mnenje med uživalci in strokovnjaki, da večji del uživalcev uživa intravenozno (ocena je okoli 90%), so naše poizvedbe pokazale, da je razmerje kvečjemu v prid oralnim in nazalnim uživalcem heroina. Za neko spalno naselje v Ljubljani na primer velja, da je intravenoznih uživalcev le 20%. Gre za to, da so intravenozni uživalci bolj vidni in prepoznavni ter večji socialni problem. Kadilci heroina so manj pogosto zasvojeni, imajo več drugih socialnih angažmajev, nekateri sodijo tudi, da so iz bolj premožnih slojev (to je le pavšalna sodba nekaterih naših sogovornikov). Kot skupina pogosto vzpostavijo mejo med seboj in intravenoznimi uživalci, na katere gledajo postrani in kot na propadle ljudi. Zanje je tudi značilen bolj skupinski način uživanja. Stališča do uživanja drog so zelo povezana s skupinskimi vrednotami skupine, ki ji pripada uživalec, bodisi tako, da jo oblikuje, bodisi tako, da se vključi v tisto, ki ustreza njegovim stališčem.

ZNAČILNOSTI SKUPIN, KI UŽIVAJO DROGO

SPLOŠNE ZNAČILNOSTI

Naša ocena, ki izhaja iz ocen naših sogovornikov, je, da je v Sloveniji najmanj 5.000 intravenoznih uživalcev heroina, bolj verjetno pa jih je okoli 10.000. Vseh ostalih uživalcev je verjetno še enkrat toliko. Stari so med 15 in 50 let. Največ jih je med 20 in 30 let. Vtis je, da se je starost začetnikov v zadnjih letih znižala. Naši sogovorniki so ocenjevali, da med spoloma ni razlik v številu uživalcev, ali pa je več moških. Prva

trditev skorajda gotovo velja za začetnike (Dekleva 1998), medtem ko lahko na podlagi števila vrnjenih igel sodimo, da je med zasvojenimi uživalci občutno več fantov. O slojevski pripadnosti sogovorniki niso veliko govorili, nekateri so omenili, da jih je več v delavskih slojih. To potrjujejo tudi Deklevovi (1998) podatki. Ponekod opažajo, da je med uživalci razmeroma več priseljencev. Ponekod pa ravno narobe, da je med njimi manj uživanja.

Uživanje heroina se je v Sloveniji začelo ob koncu 70-tih let, bilo je razmeroma nerazširjeno in omejeno na žepke uživalcev v nekaterih krajih. V sedemdesetih je po uživanju opiatov slovel Maribor, medtem ko v Ljubljani ni bilo živahne scene. Uživanje je bilo omejeno na žepke uživalcev; podobno je bilo tudi ponekod drugod po Sloveniji. V osemdesetih je bilo uživanje še vedno omejeno, v devetdesetih pa je nastopil *boom*. Takrat se je uživanje pojavilo zlasti na obali in pozneje tudi drugod (Kranj, Slovenj Gradec, Velenje, Celje, Murska Sobota, Krško), tudi v manjših krajih v Ljubljanski regiji (Kamnik, Grosuplje, Logatec, Domžale). V nekaterih krajih se je *boom* pojavil z zamikom, v Škofji Loki npr. šele 1998. V nekaterih krajih pa scene skoraj oz. sploh ni (od obdelanih Ormož, Lendava, Metlika[3]).

Na splošno uživalci ocenjujejo, da se uživanje raznih drog in posebej heroina veča in da se starostna meja za uživanje vseh drog niža, se pravi, da uživajo čedalje mlajši, ter da se krog uživalcev glede na družbeno strukturo širi (čedalje bolj v različne sloje, etnične skupine). Spreminja se tudi vrsta drog, ki jih ljudje uživajo. Ponekod to povezujejo z nezaposlenostjo in pomanjkanjem zabave (npr. v Zasavju). Naši sogovorniki opažajo, da je veliko takih, ki heroin le poskusijo, ali takih, ki ga ne uživajo stalno. Več ljudi je izjavilo, da ekstazi po popularnosti spodriva heroin. V nekaterih krajih okoli Ljubljane (Domžale, Grosuplje, Logatec) pa so naši sogovorniki celo izjavili, da je uživanje heroina v upadanju, medtem ko uživanje trave in ekstazija narašča.

ZNAČILNOSTI SKUPINSKE KULTURE

Uživalci so večinoma povezani med seboj v fluidne mreže. Poznati druge uživalce, izmenjevati informacije o nabavi droge in druge koristne informacije je zelo pomembno. Mreže se povezujejo v mestih, pa tudi med mesti, kjer gravitirajo k večjim središčem, hkrati pa obstajajo lokalne mreže ali skupine, ki so bolj zaprte in imajo manj stika s sceno v mestu. Mreže se pletejo okoli posameznih jeder, kjer obstajajo manjše skupine, še pogosteje pa klike in pari, ki nekako kompenzirajo odsotnost pomembnejših stikov med uživalci. Obstaja razlika med skupinami, ki se na primer oblikujejo po spalnih naseljih v predmestjih mest, in mrežami, ki se oblikujejo v središčih mest. Prve so dosti bolj vsebovane v samem naselju in imajo veliko več stikov s svojo lokalno skupnostjo in vrstniki, medtem ko so uživalci v centrih dosti bolj atomizirani in osamljeni.

Čeprav zasvojeni uživalci opisujejo sebe kot egoistične ljudi, ki jih zanima samo droga in je njihova prijaznost in družljivost le instrumentalna, kadar vidijo v tem svoj interes, smo med uživalci ugotavljali tudi solidarnost, ki se pojavi (ne vedno in ne povsod) v času krize, ko kdo posodi drugemu drogo, in v izjemnih situacijah, kot je na primer overdovz.[4]

Glasba ne igra velike vloge, vendar uživalci pogosto pripadajo kakšnemu glasbenemu stilu, zlasti rocku. Uživalci se dojemajo kot precej enake, kot da med njimi ni večjih razlik strukturnih razlik v spolu, slojevski ali etnični pripadnosti, izobrazbi. V tej egalitaristični ideologiji heroin deluje kot izenačevalec. Heroin deluje kot tista najvažnejša stvar, zaradi katere so vse druge manj pomembne. To izhaja iz »frke« okoli nabave in zasvojenosti. Heroin deluje kot ultimativno proti-blago, kot kontra-ekvivalent denarju. Usodni izenačevalec.

Skupine uživalcev prihajajo v stik med seboj in z drugimi skupinami ob različnih priložnostih. To so so »žuri«, nabava, javni dogodki. Zasvojeni intravenozni uživalci so večkrat nestrpni do drugih skupin. Do mlajših uživalcev so pokroviteljski, stiki med različnimi generacijami uživalcev so skopi.

Ne družijo se s tistimi, ki kadijo travo, ali z rejverji. Pokroviteljski so tudi do tistih, ki uživajo le ob vikendih, in do tistih, ki ne uživajo intravenozno. Po drugi strani pa te skupine obravnavajo intravenozne uživalce s previdnostjo, če ne kar s pomilovanjem.

ZEMLJEPISNA UMESTITEV

V večjih in srednje velikih mestih se uživalci navadno zbirajo na frekventnih točkah, kjer se ljudje sicer zbirajo, pa tudi v okolici centrov za obravnavo. Poleg teh zbirališč v centru pa se uživalci, zlasti mlajši, zbirajo v domačih spalnih naseljih na stopniščih, ulicah in parkih. V srednje majhnih krajih so zbirališča v določenih lokalih (kafičih in diskotekah), na avtobusnih postajah, v parkih in na bolj skritih, a javnih površinah – gradovih, vrtcih, šolah. Na podeželju se zbirajo na še bolj skritih krajih, npr. pod mostom, ali pa se sploh ne zbirajo in so bolj razpršeni; včasih pa hodijo na punkte v sosednja mesta.

Prostori uživanja so bolj razpršeni. To so lahko zbirališča, kadar so dovolj skrita, ali skriti kotički pri zbirališčih. Priročna so razna stranišča, radi imajo stranišča v zdravstvenih domovih, kinih, črpalkah. Mlajši uživalci v spalnih naseljih uporabljajo stopnišča v višjih nadstropjih in zakloniščа. Starejši uživalci raje uživajo doma ali v avtu, kjer imajo mir. Tudi zaradi tega, ker imajo nekateri že precej uničene vene in potrebujejo več časa za zadevanje. Stanovanja nekaterih uživalcev so postala prave *shooting galleries.*

ZDRAVSTVENE POSLEDICE

AIDS ali okužba s HIV-om sta med intravenoznimi uživalci heroina v Sloveniji razmeroma redka. Samo štirje od 66 do leta 1998 zabeleženih primerov AIDS-a v Sloveniji so bili intravenozni uživalci drog. Tudi samo štirje od zabeleženih 67 okuženih, ki niso razvili AIDS-a, so bili intravenozni uživalci (Klavs, 1998). Kot kaže, HIV še ni navzoč v uživalskih mrežah v Sloveniji. To lahko pripišemo razmeroma šibkim stikom slovenskih uživalcev s tujimi, zlasti pa razmeroma zgodnji prevenciji v Sloveniji, kjer je Stigma začela razdeljevati in zamenjevati igle že ob izbruhu epidemije. Čeprav ni pokrila vsega slovenskega prostora, se ji je posrečilo ozavestiti slovensko strokovno in uživalsko javnost.

Pač pa se uživalci bolj zavedajo hepatitisa, ki je tudi med njimi razširjen. Med testiranimi uporabniki metadonskega programa je bilo v letih 1994 do 1997 od 54,7% do 37,6% pozitivnih uživalcev (Seme, Poljak, Čelan Lucu, Fras Stefan 1999).[5] Abcesi, tromboze, poškodbe žil so med uživalci stalen pojav. Poročajo tudi o drugih težavah, kot so potrtost, nočne more in telesne komplikacije ob detoksikaciji. Med uživanjem pa pomanjkljivo prehranjevanje, brezbrižnost, zasvojenost in zaprtje.

Število smrti zaradi predoziranja počasi raste,[6] medtem ko je število nujnih intervencij razmeroma stabilno vsa leta tega desetletja.[7] Porast smrtnih primerov pa zaostaja za predpostavljenim širjenjem uživanja heroina. Iz tega lahko sklepamo bodisi, da so predpostavke o trendu širjenja uživanja drog pretirane, bodisi na t. i. učinek normalizacije uživanja, se pravi, da je prišlo v uživalskih kulturi do pozitivnih trendov, ki zmanjšujejo tveganje, da bo kdo vzel prevelik odmerek, ali spodbujajo učinkovito samopomoč med uživalci v primeru predoziranj.

Glavne zdravstvene grožnje so za slovenske uživalce torej hepatitis, poškodbe žil in predoziranje. Okužba s HIV-om ostaja potencialna grožnja in obstoj hepatitisa kaže na to, da so preventivni ukrepi še vedno nujna.

NASILJE

Uživalci heroina praviloma niso agresivni. Učinek heroina je, ravno narobe, pomirjujoč. Vendar so situacije, ki spodbudijo nasilje. Lahko se zgodi, da je uživalec nasilen v krizi, ker je živčen, ali pa se sreča z oviro na poti do droge. Poleg tega lahko pride do nasilja v procesu nabave, npr. ob razočaranju nad slabo kvaliteto droge. Bolj pogosto so uživalci žrtve nasilja. Včasih gre za šovi-

nistična izživljanja na njih brez pravega vzroka, včasih pa tudi, ker se znajdejo v kočljivih situacijah, kjer so izpostavljeni nasilju, ker so kot »narkomani« šibki (npr. posilstva). Do uživalcev so nasilni dilerji, če so jim prvi ostali dolžni. Redkeje pride zaradi dolgov do nasilja tudi med samimi uživalci. Včasih se zgodi, da uživalec uživalcu na silo vzame drogo. Redno so tudi deležni nasilja s strani policije, čeprav ugotavljajo, da se to nasilje zmanjšuje.

Prometne nesreče so med uživalci po njihovem mnenju redke. Uživalci namreč redko premorejo avto ali motor. Večinoma so naši sogovorniki trdili, da po vplivom droge vozijo zelo previdno. Momenta povečanega tveganja sta kriza in »kinkanje«, kot pravijo globoki zadetosti. Nekateri takrat ne vozijo, ali pa se trudijo voziti ekstremno pazljivo. Poročajo pa tudi o drugih nezgodah, ki so se jim pripetile v stanju omamljenosti, tako običajnih (zlom noge, ko kdo stopi v nepričakovano luknjo na cesti) kakor neobičajnih (npr. poškodbe ob overdovzu — vreznine ob padcu). Nismo dobili vtisa, da bi bilo teh poškodb veliko, morda pa jih je vseeno več kot pri neuživalcih.

ZAPOSLITEV

Delo in služba nista skladna s stereotipom zasvojenega uživalca-džankija. Nekdo, ki je zelo zasvojen in je globoko v vlogi uživalca ali celo džankija, težko obdrži službo. Delo je na drugem mestu. Preveč ima opraviti z nabavo droge. Vendar uživalci, ki delajo, niti niso redkost.

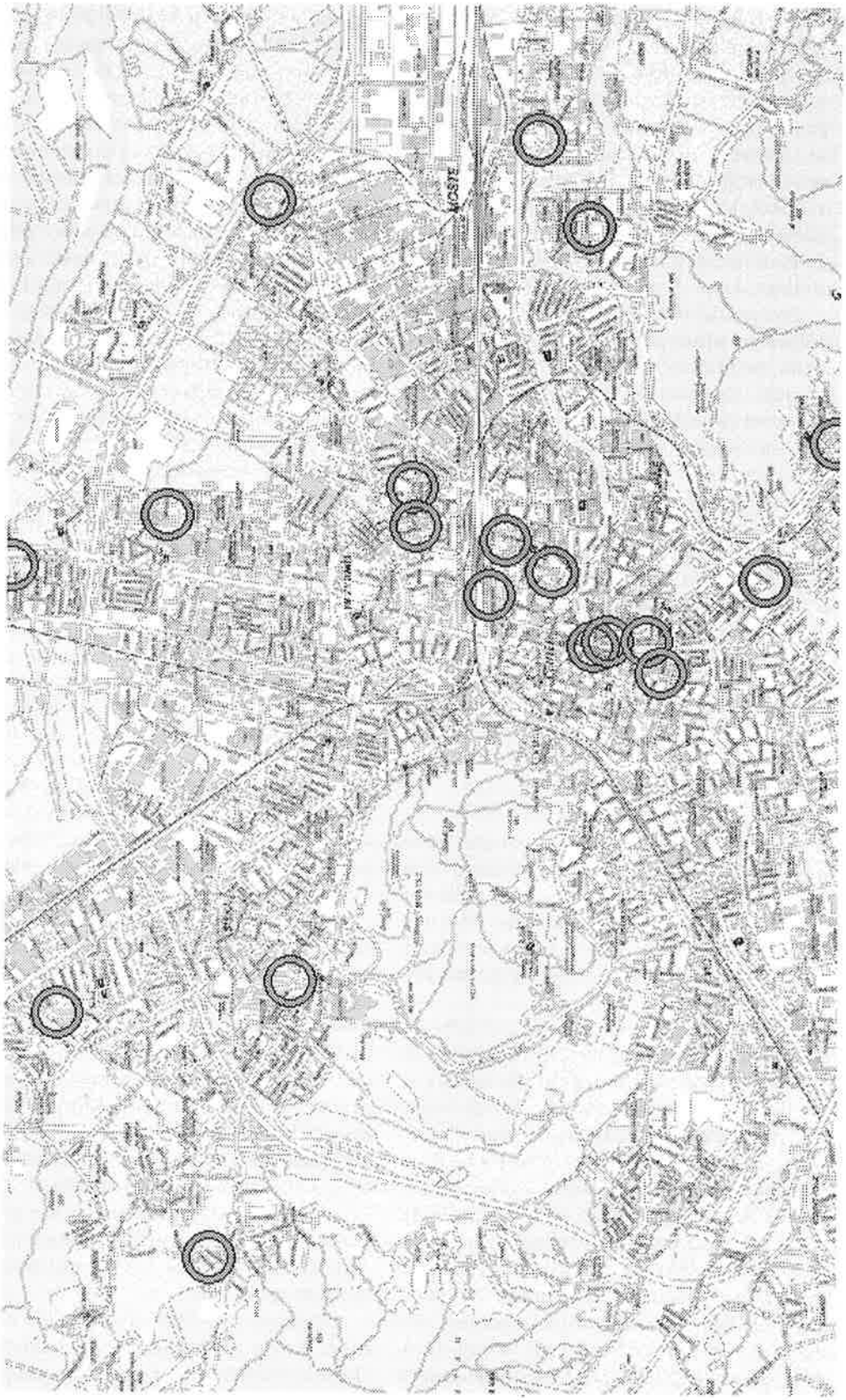
Oteženo zaposlovanje. Če ima kdo nalepko »narkomana«, težko dobi službo. Naši sogovorniki so nam poročali o številnih primerih, ko so njih ali njihove znance odpustili zgolj zaradi tega, ker so zvedeli, da uživajo drogo. Pri tem gre včasih za korist delodajalca (npr. ne izplača zaostalih plač). Podobno se dogaja tudi uživalcem, ki se zdravijo, oziroma, ki so v metadonskem programu. Zaradi svoje nalepke jih na delovnem mestu dostikrat šikanirajo. Po drugi strani pa marsikdo zaradi zasvojenosti in z njo povezanega stila življenja ne zmore opravljati vloge, ki je zahtevana na delovnem mestu (zaspijo, zapustijo delovno mesto, so neučinkoviti itn.). Poleg tega se zgodi, da je uživalec pogosto na bolniški, in tudi sicer ga vloga bolnika nekako omejuje pri delovnem angažmaju (vključno z uradnimi urami metadonskih programov, ki onemogočajo normalni delovni ritem). Podobne težave nastopijo v šoli; veliko zasvojenih ne dokonča šolanja in delovnega usposabljanja.

Kljub temu je kar nekaj naših sogovornikov poročalo o povsem običajnih delovnih karierah in o tem, da jim uspeva obdržati delovno mesto. Nekaterim se tudi posreči končati študij. Droga jih pri delu in študiju ne moti. To jim uspeva, če delajo samostojno, če na delovnem mestu ni večje kontrole ali če delo ni zahtevno. Lahko da si delodajalci nekatere napake razlagajo drugače, ali pa so tolerantni, še zlasti do ljudi, ki se že zdravijo, včasih pa imajo zaradi tega določene koristi (lažje npr. izkoriščajo delavca, ki se boji odpusta).

Delovno okolje je, če sklepamo iz izjav naših sogovornikov, najbolj občutljivo za stigmo uživanja droge in najpogostejši vzrok za skrivanje stigme. Uživalci svojo navado večinoma skrivajo, da bi obdržali delovno mesto. Posluževati se morajo načinov uživanja, ki so bolj prikriti (npr. snifanje), vložiti morajo neznanske količine truda v ohranjanje normalnega videza in normalnega življenjskega ritma. Mnogi zaposleni uživalci živijo na dveh ostro ločenih tirih.

Delo je za tiste, ki so zaposleni, najprej osnova za preživetje.[8] Občasnim uživalcem in nekaterim zasvojenim omogoča tudi nakup droge. Tistim, ki so že precej zasvojeni, plača ni dovolj, zlasti če je majhna, vendar vzdržujejo zaposlitev, ker jim zagotavlja osnovno socialno in materialno varnost, ob nekaterih dodatnih zaslužkih pa tudi tisti minimum, ki jim omogoča prebroditi največje krize. Za nekatere je delo pomembno tudi v širšem socialnem smislu. To je čas, ko se lahko posvetijo nečemu, kar ni povezano z vsakdanjikom zasvojenega uživalca, tudi čas za razmislek, priložnost za udejanjanje drugih vlog.

Drugi skupini uživalcev pa delo ni vrednota. Znajo pridobiti dovolj sredstev, ne skrbita jih socialna varnost in pokojnina,



Zemljepisna umestitev zbirališč uživalcev v Ljubljani

redno delo se jim zdi preveč omejujoče, ali pa so službe, ki bi jih lahko dobili, nezanimive ali premalo plačane. Premajhne plače so velik problem pri rehabilitaciji. Zasvojen narkoman, ki potrebuje veliko dozo, mora namreč za vzdrževanje zasvojenosti pridobiti velike vsote denarja (eden izmed naših sogovornikov je poročal o vsoti 400 tisoč tolarjev na mesec), kar je v primerjavi s plačami ali nagradami v različnih programih rehabilitacije precej malo. Sklepamo lahko, da je tudi za uživalca, ki se je odločil za abstinenco, ta vsota nesorazmerna z denarjem, ki je šel skozi njegove roke (tudi skoraj dobesedno) v preteklosti.

Del uživalcev, ki ni redno zaposlen, opravlja različna priložnostna dela. Nekatera so tudi precej dobro plačana in se podajo življenjskemu slogu uživalcev. Primera za to smo našli med našimi sogovorniki, na primer DJ na privatnih zabavah, natakarica zgoraj brez. Drugi se lotevajo ilegalnih ali pollegalnih dejavnosti. Nekateri imajo za svojo zaposlitev kriminalne dejavnosti (preprodaja mamil, kraje, vlomi). Takih je bilo med našimi sogovorniki le malo, večina je poročala o majhnih krajah, goljufijah (sorodnikov, v službi), sposojanju, prostituciji ipd. Eden izmed pomembnih virov za uživalce je tudi žicanje. S tem se da dobro zaslužiti predvsem v večjih mestih. Nekateri odvisniki so odvisni od podpore staršev.

STANOVANJE

Velika večina uživalcev drog nima perečega stanovanjskega problema. Večinoma živijo doma, pri starših. To je skoraj pravilo za uživalce po manjših krajih (Grosuplje, Mozirje, Ljubno, Slovenske Konjice, Logatec, Vipava itn.) Nekateri imajo tudi lastno stanovanje. Vendar je stanovanje pogost problem.

Uživalce, ki živijo pri starših, kar je za mlade ljudi v Sloveniji tipično, starši včasih vržejo ven, ko pride do konfliktov zaradi uživanja, do nestrpnosti in do zapletov v skupnem življenju, kot disciplinski ukrep. Zaskrbljujoče je, da to storijo včasih na nasvet zdravnika. Pogost obrazec je, da ga potem sprejmejo nazaj, ker jim ga je žal. Drug obrazec, ki smo ga zasledili, je, da gredo uživalci sami od sebe od doma. Za mnoge je to pač del odraščanja, nekateri pa to naredijo, ker nočejo, da bi starši zvedeli za njihovo uživanje, včasih pa tudi zato, ker nočejo, da bi jim starši težili. Naši sogovorniki so nam poročali o primerih, ko so uživalci izgubili podnajemniško stanovanje zaradi prevelikega hrupa ali prevelikega prometa različnih ljudi, ki so motili okolico. Poročali so nam tudi o primerih, ko so ljudje zaradi zasvojenosti v procesu obubožanja prodali stanovanje.

Na ta način del uživalcev začne živeti neke vrste nomadsko življenjo, ko se selijo od prijatelja do prijatelja in uporabljajo različne zasilne rešitve domovanja. Med zasilnimi rešitvami so najpogosteje partnerji in prijatelji. Nekateri si tudi začasno najamejo podnajemniško sobo ali celo stanovanje (v okoljih, kjer so cene nižje, je to lažje). Rešitev stanovanjskega problema je včasih tudi zapor ali ustanova za obravnavanje zasvojenih (npr. nekateri gredo pozimi v komuno).

Le zelo redko se zgodi, da uživalci postanejo pravi klošarji. Se pa dogaja, da so nekateri napol klošarji in na tak način preživijo določena obdobja svojega življenja (npr. spanje v zapuščenih hišah, železniških vagonih, še pogosteje v kleteh in zakloniščih svojega domačega naselja). Naši sogovorniki so ocenjevali, da je brezdomnih uživalcev manj kot odstotek, oziroma, da se v večini večjih naselij, kjer je razvita uživalska scena, pojavi nekaj takih uživalcev (npr. pet ljudi v Kranju, podobno smo opazili v Fužinah).

Stanovanje je pomembno, ker imajo ljudje tako manj skrbi. O pomembnosti stanovanja pričajo tudi cene, ki veljajo na sceni. V nekem stanovanju je lastnik, ki je bil tudi uživalec, računal en šut (0,2 g oz. 2.000 SIT) na noč, v drugem primeru je dekle ponujalo spolne usluge in še drogo za prenočevanje. Pomen stanovanja je tudi v tem, da imaš mir. Pomembno je za povsem vsakdanje stvari. Brezdomstvo močno vpliva na pomanjkljivo in neredno prehrano in pomanjkljivo higieno.

STIKI S SORODNIKI

Starši pogosto ne vedo za uživanje svojih otrok. Ta obdobja so lahko dolga. Lahko so posledica nevednosti in nepoučenosti o drogah ali pa odtujenosti in generacijskega prepada med starši in otroki. Včasih slutijo, pa se s tem nočejo ukvarjati. Skrivati početje je v družini, kjer so interakcije neposredne in pogoste in kjer se pričakujejo iskreni odnosi, zelo težko. Slutnja, težave in napetosti pri prikrivanju so dobra podlaga za družinsko dramo, ki se lahko zgodi ob odkritju.

Drama odkritja je pogost pojav. Značilnosti te drame so burne reakcije, panika in dezorientiranost akterjev, ki v nekem trenutku ne vedo, kako ravnati. Na obeh straneh so občutki krivde – pri otrocih, ker so prizadeli in razočarali starše, pri starših, ker imajo uživanje za neuspeh svoje starševske vloge. Drama, čeprav družinska, presega okvire družine. V diskusiji o krivdi lahko sodeluje širše sorodstvo, dogodki, ki vzbudijo dramo, se lahko zgodijo izven družine (npr. dolžniki, ki terjajo denar), starši se bojijo stigme, ki bo padla na vso družino. Razplet drame je lahko destruktiven. Ne samo, da se stiki začasno ali tudi trajno pretrgajo, temveč bo prav verjetno drama še bolj potisnila uživalca v vlogo džankija, starše pa v preganjalce narkomanije.

To lahko pripelje do ohladitve ali celo pretrganja odnosov med uživalci in njihovimi starši, lahko celo do fizičnega nasilja. Razlog za pretrganje odnosov je pogosto tudi vztrajanje staršev, naj se gre uživalec zdravit. Včasih, kot smo že poročali, jih vržejo ven. Posledica je, da se preselijo k partnerjem, prijateljem, ali splošneje, da poiščejo svoje mesto v svetu, ki jim je bližji, v svetu somišljenikov. To se lahko zgodi ne le kot posledica drame, temveč tudi kot običajen proces osamosvajanja, lahko so odnosi s starši tudi sicer hladni in so si že tako vsaksebi. Vztrajanje pri pomoči, ki je uživalci niso pripravljeni sprejeti, ni le jalovo, ampak med njimi vzpostavlja ozračje temeljnega nesporazuma. Za nekatere pa je podpora, ki so jo imeli pri starših, pomembna in vir moči. Še zlasti, če jih ne obsojajo. Cenijo trud staršev in vse, s čimer so se morali soočiti.

Pri nekaterih, ki so imeli pretrgane stike, pride do pobotanja ob zdravljenju in vrnitvi domov. To so posebne priložnosti, ki jih družine primerno obeležijo (npr. z izleti).

Z oddaljenimi sorodniki so odnosi še pogosteje pretrgani. To je lahko selektivno, glede na to, kako sorodniki sprejemajo uživanje; celo med oddaljenim sorodstvom se najdejo taki, ki so pripravljeni razumeti uživalca (npr. bratranec, ki je bil tudi sam na drogi). Za nekatere so oddaljeni sorodniki občasen vir dohodkov. V stikih s širšim krogom sorodnikov je tudi vprašanje stigme bolj pereče. Včasih se drug drugemu raje izognejo, včasih nastopi težava v njihovih stikih, vedno pa je v pogovorih nekaj, kar ni izgovorjeno.

Ohranjanje stikov sovpada z bližino sorodstvene vezi. Kot da bi bili bližji sorodniki pripravljeni požreti stigmo zaradi občutka pripadnosti, medtem ko je za bolj oddaljene to razlog za še večjo oddaljitev.

DRUŽENJE Z VRSTNIKI

Veliko uživalcev z napredovanjem v kariero uživalca izgubi stike s prijatelji in znanci, ki so jih imeli prej. Ponavadi je to vpliv stigme. Ljudje se jih izogibajo. Zgodi se celo, da je to rezultat spodbujane gonje proti njim, da okolje izrecno ščuva prijatelje, da se ne družijo več z njimi. Stigma deluje v trenutku in ljudje se jih izogibajo, jih opravljajo ipd. Uživalci tudi sami prično anticipirati tak odnos svojih prijateljev in se umaknejo, oziroma, se tudi sami izogibajo stikov, da bi se izognili zagatam, ki ob tem nastanejo.

Drug pomemben razlog za prekinitev stikov z vrstniki so neprijetnosti, ki jih povzročajo uživalci. S prevarami in nezanesljivostjo porušijo zaupanje, ki je podlaga prijateljstvu, kajti nekaterim uživalcem je najvažnejša stvar droga. Iz tega razloga se uživalci ne morejo zanesti niti na prijatelje uživalce.

Tako imajo tisti, ki izgubijo prijatelje, dve možnosti. Ali so obsojeni na družbo drugih uživalcev ali na osamljenost. Družba uživalcev je tematizirana z drogo in tem, kar je z njo povezano: nabava, kvaliteta, zbiranje

denarja, priprava in uživanje. Nekateri počasi zdrsnejo v osamo. Naši sogovorniki so na primer opisovali izkušnjo z drogo kot izkušnjo izgubljene navezanosti – če ljube osebe ni, je pač ni in je vseeno. Tudi če v načelu človek nima pretrganih stikov, mu pogosto zmanjka časa za njihovo vzdrževanje. To se pri nekaterih udejanji tako, da živijo sami zase, v svoji sobi. Stiki, ki jih vzdržujejo, so pogosto zgolj instrumentalne narave, zanima jih zlasti to, ali jim lahko kaj koristijo (dostop do denarja, droge).

Veliko jih tudi ohrani stike in te izgube niti ne zaznajo. Za ohranjanje stikov z okolico je pomembno, če ima uživalec kaj ponuditi (npr. nekdo je ponudil sosedom risarske sposobnosti).

Stiki z vrstniki so pomembna postavka v procesu rehabilitacije. Če uživalci nehajo uživati drogo ali pa radikalno spremenijo način uživanja (npr. iz zasvojenosti v občasno), večinoma tudi pretrgajo stike z uživalci, s katerimi so se do pred kratkim intenzivno družili. Uživanje je namreč socialna funkcija in je večini tako rekoč nemogoče abstinirati ali kontrolirati uživanje v družbi, kjer je uživanje heroina glavna tema. Novi stiki pa so potrebni zlasti zaradi družabnosti, ki jo ljudje potrebujejo. Prav pride, če novi prijatelji podpirajo bivšega zasvojenca pri njegovi odločitvi. Toda nove stike je pogosto težko vzpostaviti. To občutijo še zlasti povratniki iz komun.

Povratniki iz komun še bolj občutijo, da so zaznamovani, da »jih vsi gledajo«. Tak občutek povzroča dejstvo, da je človek ostal brez družbe (drugih uživalcev). Poleg tega se tudi sam distancira in se ne istoveti s stigmo uživalca, ki jo pa še vedno nosi. To velja toliko bolj v njegovem okolju, saj je odhod v komuno vsem na očeh. Občutek opazovanosti je izrazitejši v manjših, bolj prepletenih skupnostih. Najbrž tudi zato, ker ljudje ne vedo, kaj bi z »bivšim narkomanom«. Zato nekateri bivši uživalci ne hodijo veliko ven, ker ljudje preveč strmijo vanje in govorijo o njih, kar spet okrepi občutek izoliranosti. Možen zasilni izhod iz tega začaranega kroga so skupine za samopomoč bivših uživalcev. Vendar je to premalo: »nekaj časa so skupaj kakšno uro, potem pa gredo vsak po svoje.« Poleg vzdrževanja abstinence namreč nimajo skupnega interesa, kakšne predmetne dejavnosti, ki bi jih družila tudi sicer. Podobno izolacijo in osamljenost doživljajo tudi nekateri člani metadonskih programov.

KARIERA: TRAJANJE, ZAČETEK IN KAKO POSTANEŠ ZASVOJEN

Trajanje kariere je različno dolgo. Po našem vzorcu lahko dobimo orientacijsko sliko in presodimo, da obstajajo trije ali štirje tipi trajanja kariere zasvojenih uživalcev. Nekateri prenehajo kmalu potem, ko se zasvojijo (okoli enega leta), velika skupina jih neha po približno dveh letih, nekaj pa jih vztraja v karieri daljša obdobja. Med njimi bi morda lahko ločili dve skupini – eno, ki vztraja okoli pet let, in drugo, ki je zasvojena še dalj.

Tipično uživalci začnejo uživati heroin med 14. in 21. letom, večina okoli 18. ali 19. leta. Starost začetka uživanja heroina se po vsej verjetnosti niža, vendar ne zelo dramatično.

Razlogi za začetek uživanja, kot so jih navajali naši sogovorniki, so zelo različni.

RAZLOGI ZA ZAČETEK UŽIVANJA

Analizo razlogov za začetek uživanja lahko zasučemo okoli dveh osi. Na prvi osi so razlogi, da uživanje heroina samo po sebi prinese neka doživetja, ki bi nam bila sicer težje dostopna (da nam ni dolgčas, da smo bolj ustvarjalni, da lažje prenašamo osebne probleme, da bolje seksamo, da kaj zaslužimo), na drugi pa razlogi, po katerih uživanje heroina ne omogoča posebne izkušnje neposredno, temveč je učinek uživanja na simbolni ravni (z uživanjem heroina postanemo bolj spoštovani med vrstniki, bolj podobni svojemu idolu, je simbol romantičnega razmerja). Radovednost je razlog, ki ne sodi v nobeno od teh dveh kategorij razlogov. Malo je podobna prvi, ker se nanaša na izkušnjo, doživetje, malo pa drugi, ker gre za radovednost glede *heroina*, substance, ki je simbolizirana, ki v širši in vrstniški družbi nekaj *pomeni*. Radovednost je

Razlogi za začetek uživanja

razlog	pogostost[9]	primer	komentar
Radovednost	++	Zanimalo me je, kako te psihoaktivne snovi delujejo. Sama sem se zanimala za drogo že zelo zgodaj. Zmeraj me je to zanimalo: kako zgleda, kakšen je občutek biti zadet. Poslušala sem o tem tudi druge in predvsem gledala okrog sebe.	Potrebna je priložnost. Obstaja tudi radovednost do drugačnega načina življenja.
Dolgčas	+	Imel sem čas (dolgčas) in sem si kupoval.	
Uveljavitev v vrstniški družbi	+	Ful ti vsi pravjo, da si mačo. Tukaj v proizvodnji pa je bilo tudi veliko takih, ki so pristali tukaj po neuspelem študiju in v glavnem so bili to takšni, ki so imeli vsi bolj kot ne premožne starše. Za vedno si bom zapomnil ta dva, ki sta me spravila v to... Tudi s tema dvema sem postal prijatelj, in sicer sta bila onadva iz mesta, kar pa se mi je takrat nekako zdelo fajn, da sta me sprejela tudi malo višja človeka.	Tu funkcionira droga kot moška stvar, stvar poguma. Gre tudi za socialno in geografsko mobilnost.
Zgledi: Idoli	-	Ko sem bil še mulc, se spomnem, ko sem slišal, da so enega tipa od benda, ki je bil moj idol, dobili s koko, pa sem si mislu, kaj je to kul, kaj bi blo men kul, če bi mene tko dobil.	
Zgledi: Vrstniki	+	Bilo je pet fantov, približno istih let kot jaz, ki so bili pravi frajerji. Vse babe so bile njihove. Želel sem si biti v njihovi družbi. Če sem hotel priti noter, sem tudi jaz moral postati frajer. Pozneje so prek nekega kolega dobili heroin in ga začeli snifati. Jaz sem se v začetku branil, vendar sem se jim kmalu pridružil.Vsi so si že pred menoj začeli vbrizgavati heroin. Sam sem to storil pri 16-tih.	
Zgledi: Partnerji	+	Prvi stik z drogo ji je omogočil tip, ki ga je spoznala na nekem koncertu. Vanj se je zaljubila in se tudi odločila za	Gre za zmes romantike in želje pomagati.

Legenda:

++ zelo pogosto
+ pogosto
- redko
– izjemoma

		vezo z njim, kljub temu, da ji je tip priznal svojo odvisnost. Upala je, da mu bo lahko pomagala nehat... želela pa si je poskusit samo enkrat... To njeno željo je še potenciral njen fant, saj ji je večkrat pripovedoval o svojih filingih.	
Izziv neznanega	-	V sebi sem začutil mejo neznanega, kar me je zelo pritegnilo.	Redko uživalci ta razlog zavestno oblikujejo, čeprav je morda kar pogost.
Imeti se lepo	+	Jaz heroina ne jemljem zato, ker bi bil odvisen. Zame je to sprostitev. Pesmica. Zadet se je treba z užitkom.	
Spoznavati nove ljudi	-	... spoznavam dosti novih ljudi, ko sem zadet.	
Večanje ustvarjalnosti	-	Heroin mi je pasal, bil sem komunikativen, flegmatičen, poln norih idej.	Ta razlog je morda pogostejši pri drugih drogah.
Seks	—	Prepričan sem bil, da je bilo to punci všeč. Že pred enim letom, predno sva šla zvečer spat sem malo snifnil. Ona za to ni vedela, mislil sem, da je boljše, če bom bolj vzdržljiv, mislil sem, da bo tako bolj zadovoljna z menoj.	
Osebni problemi	-	Začela sem zaradi bulimije Uživati je začel pri 21,5 letih. Takrat je imel krizo, ker sta šla narazen s punco, s katero sta hodila pet let.	Osebni problemi so lahko iz registra osebnostnih značilnosti oziroma primanjkljajev ali pa iz registra življenjskih dogodkov oziroma dogodkov, ki človeka pretresejo in mu spremenijo življenje.
Priložnost za zaslužek	-	Pa sm poklical spet mal naokrog, da bi spet koga prešvercal, pa ljudje niso več tega počeli – zdej so preprodajali drogo. In tko sem še sam padu notr. Prijatelj je prinesel pol kilograma heroina in jaz sem v tem videl čudovit vir zaslužka. Zaslužil sem približno tisoč nemških mark na teden, pa še snifal sem. Ker pa sem imel trgovino, sem bil tudi finančno dovolj močan, a le na začetku.	Gre za ljudi, ki so se najprej ukvarjali s kriminalom in po tej poti prišli do droge.

edini od razlogov, ki opredmeti heroin oziroma drogo, se pravi, ki se nanaša neposredno na heroin kot na predmet spoznavanja. Pri ostalih je heroin le sredstvo za vzpostavljanje odnosa do česa drugega. Za vse ostale razloge je raba heroina na ravni te analize zgolj incidentalnega pomena – za dosego teh ciljev, ki so povsem navadni cilji odraščajočega človeka, bi lahko v resnici uporabili katero koli drugo drogo ali veliko drugih dejavnosti ali predmetov. Le pri radovednosti raba heroina ni naključna, saj ne bi mogli preskusiti učinkov heroina brez njegove uporabe. Pogoj za tak status heroina pa je, da je za nas *vznemirljiv predmet*.[10] Vznemirljiva vrednost heroina nam lahko tudi deloma pojasni, zakaj ga nekateri uporabijo za doseganje ciljev, ki so dosegljivi tudi drugače. Po eni strani so ga uporabili, ker je bil dostopen, po drugi pa, ker je bil dovolj vznemirljiv. V tem smislu je indikativna uporaba heroina za podaljšanje erekcije, ki je verjetno zelo izjemen razlog za začetek uživanja.[11]

To nas pripelje do druge stvari, na katero smo lahko pozorni, na komplementarnost med *situacijo* in *motivacijo*. Gre namreč za to, da je, kot smo zelo dobro videli pri radovednosti, po eni strani potrebna vsaj pripravljenost, če ne že aktivno zanimanje, da človek poskusi heroin, po drugi strani pa mora imeti za to priložnost. Ni dovolj, da je človek radoveden, mora biti tudi v taki družbi, kjer lahko svojo radovednost poteši. Tako lahko razdelimo razloge na situacijske in motivacijske. Pri prvih je situacija razlog za užitje heroina, ponudi se priložnost za prodajo in zaslužek, ponudijo mi ga prijatelji, ki jih hočem posnemati, človek, ki ga ljubim, je uživalec itn., pri drugih pa je razlog nekaj v nas samih, želja, doživeti nekaj neznanega, imeti se lepo ipd. Kar so nam sogovorniki našteli tovrstnih razlogov, imajo vsi dve plati medalje: morala je biti priložnost (tudi če so si jo v zadnji instanci sami pripravili, npr. kupili heroin), po drugi pa želja, da to storijo. Eno brez drugega ne gre.

Iz tega, kar so nam sogovorniki povedali o prvi ponudbi in okoliščinah prvega zaužitja, lahko sklepamo, da je situacijska plat še kako pomembna, če že ne prevladujoča. Velikokrat je bila namreč omenjena, in kot kaže, je prva ponudba tipično skupinska. Skupina olajša ponudbo na več načinov. Prvič, poveča dostopnost droge, drugič, večkrat gre za združbe z etosom manjše družbene konformnosti in pripravljenostjo eksperimentirati. Hkrati pa skupina kot agregat različnih informacij, spretnosti in zvez deluje kot stroj, ki nadomesti tiste spretnosti, ki jih začetnik še nima (spretnosti nabave, priprave, zaužitja in doživljanja zadetosti). Da je priložnost dominantna dimenzija prvega zaužitja, kaže tudi to, da so sogovorniki kot okolje prvega srečanja s heroinom pogosto omenjali zabave. Zabave so družabni dogodek, kjer se mešajo različne, sicer zaprte združbe; na zabavah se nekateri zadržki ublažijo in ne nazadnje pride do izraza vznemirljivost droge kot predmeta. Prva ponudba pride tudi od prijateljev, ne samo v skupini, temveč tudi bolj v diadnih odnosih, lahko tudi od partnerja. Tudi tukaj je posredno navzoča skupina in udomačevanje izkušnje pred dejansko izkušnjo. Le redko se zgodi, da prvo ponudbo sproži diler. Pa še takrat je to pogosto pod mimikrijo prijateljstva, kolegialnosti. Samo en sogovornik je poročal, da se je čisto sam odločil za to, da bo poskusil heroin, in se ga je odpravil kupit, pa še ta je poznal dilerja, ki je bil njegov sosed.

V tem smislu je tudi odločenost za neuživanje jalova, če je ne podpirajo skupinske vrednote. Kot je ugotavljal tudi eden od naših sogovornikov: »dovolj je, da enkrat ne rečeš ne«, četudi si že velikokrat rekel ne. Ta propagandni slogan deluje le v skupinah mladih ljudi, ki že taka niso izpostavljeni drogi.

Poleg neposrednih situacijskih okoliščin, ki olajšujejo dostop do droge, obstajajo tudi bolj posredne okoliščine, življenjski momenti, ki odprejo možnosti za zaužitje. Poročali smo že, da je lahko vstop v svet dela moment, ki zaradi nove družbe, finančne okrepitve in samostojnosti facilitira začetek uživanja. Naši sogovorniki so poročali še o obdobju osamosvajanja, odhodu od doma. To so dogodki v življenju, ki puščajo razpoke v sicer ustaljenem poteku življenjskega sveta potencialnega uživalca. Teh dogodkov je gotovo več, kot smo jih zabeležili.

Moment, ki lahko spodbudi uživanje heroina, je gotovo tudi siceršnja naravnanost k eksperimentiranju z drogami. Tukaj smo zasledili tri obrazce, ki so naše sogovornike pripeljali do tega, da so poskusili heroin. Prvi je, da so sami in njihova družba eksperimentirali z drogami in da so med drugim poskusili heroin. Drugi je, da v nekem trenutku na tržišču ni bilo drog, ki so jih navadno uživali, pa so uporabili heroin. Tretji pa je, da jih trava ni več zadovoljila, da so potrebovali kaj močnejšega.

Pri tem moramo pripomniti, da je veliko število naših sogovornikov, ko smo se pogovarjali o začetku njihove kariere, začelo pripoved z naštevanjem drog, ki so jih poskusili pred heroinom. Tipična izjava bi bila: »Pri 13-tih sem začel kaditi, pri 14-tih sem bil prvič pijan, pri 15-tih sem prižgal prvi džoint in potem sem poskusil heroin.« Vendar je šlo pri tem zgolj za narativni uvod, ne za vzpostavljanje vzročne povezave.

Večina uživalcev ne začne intravenozno. Nekateri začnejo s snifanjem. Čedalje več pa jih začenja s kajenjem. Nekateri začnejo takoj z iglo. Lahko se zgodi, da tudi po začetku z iglo ljudje nekaj časa uživajo nazalno in oralno.

Prvi občutki pri zaužitju heroina so pogosto neprijetni. Veliko ljudi bruha in se počutijo slabo. Vendar te neprijetne občutke blaži občutek harmoničnosti; in izkušenejši uživalci pojasnijo, da se to v začetku dogaja. Drugi teh občutkov nimajo in je zadevanje s heroinom prijetno že od samega začetka.

NAVLEČI SE

Čas, ki je potreben od poskušanja droge do tega, da je človek zasvojen, je pri različnih ljudeh različen. Pri tem moramo ločiti realni čas, se pravi, čas, ki ga v resničnem življenju ljudje potrebujejo za ta proces, in teoretični čas, ki bi ga človek potreboval za to, da postane odvisen in zasvojen, pri rednem vsakodnevnem uživanju. Glede prvega smo pri naših sogovorniki dobili diapazon izjav. Nekateri so potrebovali dva ali tri mesece, drugi štiri, potem pol leta, nekateri leto, leto in pol, nekdo pa celo štiri leta. Daljša obdobja seveda sovpadajo z obdobji kontroliranega uživanja; pri tem je zanimivo, da so nekateri preživeli podobna obdobja z različno stopnjo uživanja. Dva sogovornika sta izjavila, da sta uživala približno štiri

Okoliščine prvega zaužitja heroina

okoliščina	členitev	primer
Življenjski moment	Prva zaposlitev	Ko je zapustila šolo v 2. letniku, so jo starši prisilili, da je šla delat v Iskro za tekoči trak. Tam ji je neki sodelavec ponudil iglo. Pred tem je uživala alko. Občasno je snifala – sama heroina ni kupovala, častili so jo...
	Osamosvojitev od staršev	Pol leta sva hodila, nakar sem jaz končala maturo, izselila sem se od doma, poletje je bilo, ful sva se imela dober. Srečala sva enega dilerja in nama je ponudil dim od folije.
	Konec šolanja	
Uporaba drugih drog	Eksperimentiranje	V klapi da eden pobudo, da bi nekaj sprobali, pa če vsi probajo, zakaj pa ne bi še jaz.
	Pomanjkanje običajne droge na tržišču	V klapi da eden pobudo, da bi nekaj sprobali, pa če vsi probajo zakaj pa ne bi še jaz.
	Bolj se zadeti	... veš kaj, in pol trava, pa tko naprej... A veš, trava pol več tko ne zadovoljuje.

mesece, preden sta se navlekla, vendar je en od njiju nekaj časa užival kontrolirano, drugi pa intenzivno.

Tudi teoretični čas so sogovorniki navajali različno: teden, 14 dni, tri tedne, mesec, nekdo tudi dva do tri mesece. Seveda gre tu za teoretični čas, kot ga kdo oceni, in empirični teoretični čas, se pravi, čas, ki ga je kdo dejansko potreboval. Par sogovornikov je celo dejal, da sta se eno leto zadevala vsak dan, preden sta ugotovila, da sta navlečena. Te razlike so odvisne tudi od načinov zadevanja. En od naših sogovornikov trdi, da je ta čas tri tedne pri snifanju in kajenju in teden pri injiciranju, drugi je postavil te meje bolj široko, mesec pri injiciranju, dva ali tri mesece pri snifanju in še več pri kajenju. Čas, da se kdo navleče, je odvisen tudi od kakovosti droge; tu velja omeniti, da začetniki velikokrat dobivajo precej razredčeno drogo, kar upočasni proces navlečenja, hkrati pa je možnost za to večja, ker začetniki potrebujejo majhne odmerke in je droga cenovno dostopnejša. Vsakič, ko se človek po obdobju abstinence znova navleče, je čas, ki je potreben za to, krajši.

V času med začetkom in navlečenostjo se uživalcu dogaja več stvari.

Pogoji, da se kdo navleče

pogoj	primeri
Ljubezen na prvi pogled	Če ti je prvič všeč, si v bistvu že navlečen, psihično, in če ti je prvič všeč, to pomeni, da boš še kdaj vzel. Občutek omame je bil krasen in verjetno me je to potegnilo noter. Dejanj se sicer spominjam, toda dogajalo se mi je, kot da lebdim, kot da se je cajt ustavil. Skratka, ne znam dobro opisati. Nekdo ti da za poskusit, hočeš samo poskusiti, vendar božanski občutek in naslada prehitita obljubo, da boš samo poskusil. Ko enkrat poskusiš, ne moreš več nehat. Škoda, da ga nimam s sabo, da bi poskusila, ker se ne da opisati takega filinga, morala bi poskusiti. To je to. Imela sem občutek, da je to, kar že ves čas pogrešam, tisto, kar mi je manjkalo in me izpolnilo.
Stopnjevanje uživanja	Najprej probaš, je ful lepo. potem spet probaš in je spet ful lepo, potem probaš večkrat in vedno je ful lepo, in nato se navadiš in ni več tako lepo. Na začetku je bilo tako, da sem se zadel enkrat na mesec na kakšnem partiju, potem pa dvakrat na mesec, potem pa vedno bolj. Dnarja mi ni manjkalo, sedaj ga imam manj kot prej. Začeli smo snifati tudi hors, najprej le med vikendi, vendar nam je to vedno bolj ugajalo. Ker nismo imeli kaj početi (v šolo nismo hodili), smo začeli vse pogosteje kaditi in snifati. Pri 18. letih sem pristal na igli.
Utvara nezasvojenosti	Ne veš, za kaj tu gre, vedno misliš, da se še lahko spucaš, dokler imaš staf, ko ga pa zmanjka, pa vidiš, da si navlečen in se ne morš več spucat.
Sprejemanje zasvojenosti in fatalizem	Eno obdobje je, ko si še pripravljen prekiniti, pa nehati, nekaj narediti za to, da se boš skuliral, potem pa prideš v tak stadij, ko se ti več nič ne da, ne vidiš več nobenega izhoda in rešitve, da sploh lahko kaj narediš. Vse je šlo v pizdo; imaš dolgove, nihče te več ne mara, sicer vegetiraš in veš, da to, kar počneš, ni OK, vendar se ti zdi nesmiselno presekati, saj bi se moral truditi 20 let, da bi svoje življenje spravil v normalo, tako, kot je bilo prej. Lezeš vedno globje.

Momenti, ki zavirajo proces navlečenja

zavora	primer
Omejevanje uživanja	Dobro je, če imaš nekoga, ki te vleče nazaj in ti reče, da ne smeš, čeprav se ful skregaš, vseeno pomaga, vsaj meni je, ko pa sem bil sam, pa sem čisto zabluzu, če se z punco ne bi skregala, moji starci še danes ne bi vedli.
Čas za razmislek	Ne vem, od začetka je bilo fajn, ampak potem sem ugotovil, da se je začelo nekaj spreminjati. Ni fajn, ker ne veš, kako daleč te bo to prineslo.

Omejevanja uživanja oziroma *kontrolirano uživanje* je lahko, kot smo videli, stopnja v karieri ali pa tudi slog uživanja, ki ga človek neguje ali osvoji. Uživalci predvsem omejujejo svoje uživanje heroina glede pogostosti. Najpogosteje se omejujejo tako, da uživajo le ob vikendih. Manj pogosto je omejevanje količin. Poročali so nam tudi o kontroliranju uživanja, kar je med zasvojenimi uživalci, kot kaže, precej pogosto, z občasnim »kriziranjem«. Kot kaže, pri kontroliranem uživanju ne gre zgolj za individualne stile, temveč včasih za žepke subkulture in skupinske norme (v Novem mestu je videti to prevladujoči način uživanja). O tem, kakšne so te norme, nimamo veliko podatkov. So pa nekateri sogovorniki poudarili močno voljo. Prevladuje prepričanje, da po obdobju zasvojenosti ni mogoče kontrolirano uživati. Izjave nekaterih sovornikov postavljajo to prepričanje pod vprašaj, saj je njihova izkušnja ravno nasprotna.

Vzporedno z navlečenjem poteka tudi proces prehoda s snifanja in kajenja na iglo. Nekateri tako že začnejo, drugi pa pridejo do tega čez čas. Naši sogovorniki so poročali o obdobjih od treh mesecev do dveh let. Najpogostejši razlog za prehod, ki so ga navajali naši sogovorniki, je bil finančne narave. Za injiciranje je namreč potreben dvakrat manjši odmerek kot za kajenje. Tako je prehod na injiciranje tudi vprašanje človekovega blagostanja in slojevske pripadnosti. Drugi razlog je hitrejše in bolj intenzivno učinkovanje heroina, med drugim heroinski »*fleš*«, občutek takoj po injiciranju. Ponekod k prehodu prispevajo tudi norme, saj je v nekaterih skupinah injiciranje normalno in drugačni načini veljajo za nenavadne.

KARIERA – ZNAČILNOSTI

Sogovorniki so nam opisovali fenomene, ki jih doživljajo pri uživanju heroina. Nekateri so povezani z neposrednim užitkom, poglavitni fenomen za doživljanje zasvojenosti pa je kriza.

Poglavitni prijetni učinki heroina, ki so nam jih opisali, so evforija, kinkanje in fleš. Evforijo so opisovali kot privzdignjenost, občutek moči, energije, gostobesednost in včasih blebetavost; počneš stvari, ki se ti jih drugače ne bi ljubilo. Pomeni rahlo spremenjeno zavest, boljše in bolj odštekano razmišljanje. Kinkanje je nasprotni pol evforije. Občutek je prav tako prijeten, le delovanje je minimalno. Človek je videti, kot bi spal ali bil odsoten, vendar še vedno sodeluje (vsaj deloma) npr. v konverzaciji. Ljudje pravijo, da je občuteni del kinkanja toplota in mir. Najbolj dramatičen fenomen je fleš, ki ga uživalci pogosto opisujejo kot ekvivalentnega desetim orgazmom (*cf.* Kocmur 1999). Pri flešu gre po poročilih naših sogovornikov za prijetne valove toplote, ki se izmenjujejo s prijetnimi valovi mraza; brnenje v glavi, prijetni krči; ščemenje po tilniku, lasišču, rokah in nogah, prsih. Ščemenje ob flešu spodbudi začetnike k praskanju.

Dinamiko užitka pri uživanju heroina je težko opisati (Kocmur 1999) in predstaviti neuživalcu. Poleg opisanih fenomenov moramo upoštevati tudi užitek jemanja heroina v celoti. Razmišljajoč sogovornik je poudaril tri elemente užitka:

- strah in pričakovanje ob anticipaciji užitka (npr. pri nabavljanju),
- neznanska moč, ko ga imaš v rokah (do vbrizganja),
- blaženost in pomirjenost, ko si zadet.

Ta sekvenca je verjetno bolj izrazita, ko

Kriza kot vzgib za dejanja v življenju zasvojenega uživalca

dejanje	primer
Kot spodbuda za dilanje:	Ampak sem zmeraj več denarja naredila, ko sem dilala, in vem, da če bi si tistih osem ur, ko sem delala, vzela za dilanje, bi bila zdaj bogatašinja. Samo meni se večinoma niti ni dalo, razen v krizi.
Razlog za prepir med uživalci:	Kadar pa je kdo v krizi, postanejo med seboj agresivni, veliko je laganja in prikrivanja (predvsem okrog droge).
Povod za iskanje pomoči:	Ponavadi takrat, ko imaš prvo malo večjo psihično ali fizično krizo in se na nekoga obrneš ali se pozanimaš, kaj lahko narediš, ampak ne zato, ker bi se bil ti pripravljen pozdraviti, ampak zaradi tiste fizične stiske, ko so bolečine že tako velike.
Vzgib za injiciranje na vsakršnem mestu:	Sem na primer tudi pri K4 pod enim balkonom, kjer smo si skuhali in se prbili. Tako da je to tudi odvisno, kakšno krizo imaš, kako hitro rabiš in koliko si pripravljen počakati, da se boš nekam skril in se tam zadel, včasih ti je čisto vseeno.
Povzroča dodaten napor pri delu v službi:	Velikokrat sem zjutraj ob šestih prišla v službo na krizi. Sem prišla na krizi in sem mogla do desetih delat na krizi, tako da so mi potne srage tekle po obrazu in je folk gledal, kaj mi je.
Razlog za kraje:	Jaz sem imela krizo in mi je mat dala kartico, da sem šla na bankomat keš dvignit, ampak ji tudi tolarja nisem vzela več, kot sva se zmenili, čeprav sem se zraven grozno tresla. Samo sem ga pa potem drugače srala. Šla sem v mesto in sem tri knjige ukradla, potem sem jih pa nesla v antikvariat prodat. Ali pa sem kavbojke ukradla, šla domov in mami rekla, da mi jih kolega prodaja za pol cene in da rabim takoj denar. Saj se znajdeš.
In prostitucijo:	... če si na krizi, sigurn da ne boš reku 100 mark, on bo reku, pejd dumou punca, a veš k tipi pa to znajo iskoristit, če je prasec... enim je to, čist tko.
Za souporabo pribora:	Če pa si nakriziran in nimaš pribora s sabo, pa boš uzel tut od druzga in te noben ne bo prepričal, da ne bi, čeprav boš cvikal.
Ovajanje na policiji:	Velikokrat te prisilijo v kakšno stvar, na primer, da poveš za njih koristne informacije, da podpišeš zapisnik, v zameno pa ti dajo drogo. Vsak narkoman bo drogo vzel, če je dovolj v krizi in v zameno tudi povedal informacijo. Konec koncev tudi policaji prodajajo drogo.
Kriza ne odvrača od uživanja:	Ampak, kot kaže, se ti ta kriza useen ne zdi tolk huda, da bi si reku »nikol več ne«.

so ljudje že zasvojeni. Takrat je tudi fleš manj izrazit.[12] Zato ni čudno, da si nekateri uživalci, ko niso več fizično zasvojeni, ali pa v okolju, kjer ni heroina, pričarajo užitek zgolj z ritualom.

Kriza seveda ni učinek heroina, temveč njegove odsotnosti, ko je človek zasvojen. Naši sogovorniki so jo večinoma opisovali kot zelo neprijetno izkušnjo: bolečine, krči, pekoči občutki na koži, nekateri govorijo o zbadanju v možganih itn.; neprijetne spremembe v temperaturi, od skrajne vročine do mraza, izjemna živčnost in razdražljivost, izločanje telesne tekočine, potenje, bruhanje do onemoglosti, uriniranje. Vendar nekateri krizo doživljajo blažje, npr. kot gripo. Doživljanje krize je tudi kulturni fenomen, saj jo je treba prepoznati. Nekateri svoje prve krize ne prepoznajo. Kriza traja praviloma dva ali tri dni. Če je kdo na metadonu, je kriza dolgotrajnejša in hujša. Moški po besedah naših sogovornikov doživljajo krizo bolj boleče, medtem ko je za ženske bolj trdovratna psihična kriza. Psihično krizo so opisovali kot nenehno željo in obsedenost s heroinom. Nekateri so bili mnenja, da psihična zasvojenost predhodi fizični, medtem ko je po drugih bistveni del psihične zasvojenost tudi način življenja na heroinu.

Kriza je v marsičem ključni element življenja ljudi, ki so zasvojeni s heroinom, in osrednje gibalo v njihovem življenju.

Iz naštetega lahko sklepamo, da je praktični pomen krize zelo pomemben pri razmišljanju o intervencijah zmanjševanja škode.

STIGMA UŽIVALCEV

Uživalci opisujejo stereotip uživalca heroina oziroma džankija, ki ga ima o njih »moralna večina«, takole:

- nasilen
- kužen
- zanemarjen
- lažniv
- potepuh.

Stereotip se jim zdi krivičen. Uživalci menijo, da so zaznamovani, kot so bili v preteklosti zaznamovani na primer »pankrti«. Zaničevalnega odnosa ne občutijo samo v javnosti, temveč tudi v stiku s službami, ki so jim namenjene.

Konkretno delovanje stigme občutijo uživalci v primerih raznovrstnih diskriminacij, ki so jih deležni in o katerih smo že poročali, bodisi na formalni ravni (služba, stanovanje, vozniško dovoljenje ipd.) bodisi na neformalni (družinska drama, izguba stikov z vrstniki, metanje iz lokalov itn.). Lahko gre le za odkrito poniževanje, močan učinek pa ima stigmatiziranost v bolj difuznih oblikah, ko imajo uživalci in še bolj bivši uživalci občutek, da jih vsi gledajo, o njih govorijo in obsojajo ter se jih izogibajo.

Znaki, po katerih se da spoznati uživalca, oziroma, ki naredijo njegovo stigmo vidno

Telesni znaki	Zmanjšane zenice Vonj po znoju Poškodovane vene[13]
Dejavnosti	Praskanje[14] Kinkanje
Okoliščine	Pribor za injiciranje Zanemarjen ali neskladen videz[15] Stiki s službami (policija, zdravstvo, zdravljenje v komuni, socialne službe)

Te znake morajo skrivati, da bi prikrili svojo stigmo. To naredijo na primer s temnimi očali, dolgimi rokavi, pazljivostjo, kje se zadanejo, kam spravijo pribor, da gredo k zdravniku v drug kraj ipd. Skrivanje stigme je naporen posel in vanj je treba vložiti veliko truda. Zato nekaterim uživalcem odleže, ko lahko odkrijejo svojo stigmo pred drugimi. V zameno za olajšanje pa uživalec prevzame družbeno organizirano vlogo Uživalca—Džankija.

Vloge džankija, ki nekaterim uživalcem postane dominantna vloga, se ljudje zavedo ob prvi krizi in ob ponavljanju boja proti krizi, ko se vsako jutro soočijo z nalogo nabaviti drogo in preprečiti krizo. Vprašanje je, kako priti do denarja za drogo in kako priti do droge.

Vloga uživalca heroina je sestavljena iz

dveh družbenih vlog, ki sta si v marsičem nasprotni. To protislovje smo analizirali že drugod (Flaker 1993). V naših pogovorih z uživalci ni toliko prišlo do izraza. Naši sogovorniki so nam poročali o tem, kako jih je pomanjkanje denarja pahnilo v kriminal in kako v nekaterih združbah prisotnost kriminala kot načina preživetja posrka nove člane združbe v tovrstne dejavnosti. Redkeje, pa vendar se zgodi, da se ljudje začnejo ukvarjati s kriminalom in je to način, kako vstopijo v svet heroina. Vloga bolnika je dostikrat izhod in sredstvo nevtralizacije vloge kriminalca.

Seveda pa imajo uživalci tudi druge vloge. Prevzemajo povsem običajne vloge, na primer študenta, delavca, očeta. Te običajne družbene vloge so zelo pomembne, saj nastopajo kot protistrup vlogi džankija in jo redčijo. Tako jim omogočijo tudi začasen ali pa tudi stalen izstop iz vloge uživalca.

Vsakdanjik zasvojenega uživalca določajo zasvojenost, dominantnost vloge džankija in pomanjkanje drugih družbenih vlog. V življenjskem stilu zasvojenih uživalcev, ki jim je vzdrževanje zasvojenosti glavna življenjska preokupacija, se mešajo dejavnosti, ki so povsem navadne in včasih predvsem pasivne, npr. gledanje televizije, bluzenje, in pa džankijevske, precej aktivne: dobiti staf. Tipičen dan, ko si odvisen od dovpa, kot so ga opisovali naši sogovorniki, ni bistveno različen od običajnega dneva mladega brezposelnega človeka. Od navadnega dneva ga loči to, da je prisotna droga, da je treba dobiti denar zanjo ter jo tudi nabaviti.

Droga naredi druge dejavnosti bolj postranskega pomena, je intenzivno doživetje, ki zasenči druga in jih potisne v drugi plan. Za funkcioniranje je potrebna deloma zaradi svojega neposrednega učinka, deloma zaradi navdušenja oz. strasti zanjo, v fazi zasvojenosti pa zaradi aniticipacije krize in nuje. Denar je potreben za nabavo heroina, ki bo zadoščal vsaj za tisti dan, in uživalec ga pridobiva na zelo različne načine, legalne (prodaja in preprodaja stvari, posojila itn.) in nelegalne (npr. kraje). V tem smislu je dilanje nekaj vmes; omogoči človeku, da ostane v igri, hkrati pa se mu ni treba vključiti v povsem kriminalne dejavnosti. Ta del uživalčevega življenja je precej aktiven in včasih tudi dinamičen, drugi del pa je precej letargičen in prazen. Uživanje pomeni zabijanje časa in temu tudi služi.

Življenje uživalca se razlikuje od življenja njegovih vrstnikov tudi po tem, da se v večji meri srečuje s smrtjo.

Tako življenje bi lahko označili za precej determinirano in zaradi ponavljajočih se ritualov tudi precej brezčasno. Čas je doživljen bolj cirkularno, ne kot kontinuum dogodkov. Determiniranost poteka aktivnosti in njena brezčasnost imata tudi svoj čar. Lahko bi rekli, da je tudi v tem smislu drogiranje intenzivna izkušnja, čeprav prazna. Intenzivna je tudi v vklenjenosti v sedanjost, in za marsikaterega uživalca bi lahko trdili, da obžaluje preteklost in se boji prihodnosti.

KARIERA: SPUŠČANJE IN ABSTINIRANJE

Spuščanje je del kariere. Včasih v funkciji odvajanja od heroina, včasih posledica pomanjkanja denarja in droge, včasih tudi kot postanek, predah v karieri. Zasvojeni uživalci se v karieri praviloma večkrat poskusijo spustiti in na različne načine. Najpogosteje se spuščajo doma. Najbolj radikalen način je »na suho«, kar pomeni sunkovito prekinitev uživanja. Uživalci imajo to za podvig ali pa neumnost. Drug način je postopno spuščanje z dnevnim zmanjševanjem doze. Pri tem si pomagajo s črticami. Krizi se je težko izogniti. Med domačimi sredstvi za blaženje krize pri spuščanju so sogovorniki omenjali makove glavice, farmacevtska pomirjevala (npr. apaurine ali baldrijanove kapljice), metadon in tople kopeli pri bolečinah.

Spuščanje je mogoče tudi z zdravniško asistenco, ki je včasih, če so zdravniki pristaši trdega spuščanja, le malo boljša kot na suho, vendar pa po navadi ponudijo spuščanje na metadonu. Nekateri uporabijo tudi center za detoksikacijo, ki ponuja precej aktivnosti; aktivnost je, pravijo uživalci, nasploh priporočljiva pri spuščanju. Spuščanje na oddelkih za odvisnosti v psihiatričnih klinikah je čedalje manj popularna opcija, saj je precej na trdo in v neprijetnem okolju. Te se poslužujejo predvsem na periferiji.

Načini spuščanja:
- na suho
- postopno
- blaženje krize
- makov čaj
- pomirjevala
- metadon
- tople kopeli
- zdravnik
- detoks
- psihiatrija
- v paru.

V karieri uživanja se v fazah odvisnosti dostikrat izmenjujejo obdobja navlečenosti in abstinence. Da se kdo spusti, ne pomeni nujno, da bo tudi abstiniral. Nekateri se spustijo zgolj z namenom, da varčujejo, da si oddahnejo od naporov džankijevskega življenja. Vzdrževanje abstinence je dolgotrajen proces.

Da se zasvojeni uživalci odločijo za abstiniranje, obstaja več razlogov.

Tudi tu imamo opraviti z razlogi različnih registrov. Na eni strani so okoliščine, ki spodbudijo uživalca, da se odloči za abstinenco, na drugi strani pa je njegova lastna volja, njegovi notranji vzgibi. Večina razlogov se nam lahko zdi precej parcialnih, skorajda naključnih, kot da se človek ni zares odločil, kot da okoliščina ne šteje kot zaresen razlog za odločitev. Spreobrnjenje je razlog, ki velja. Elementi tega razloga, ki zelo spominja na pričevanja o religioznih spreobrnitvah, so, da človek doseže dno, uvidi zavoženost svojega življenje. Uvid je dogodek, ki je po navadi datiran in ga lahko pripovedovalec dokumentirano posreduje, in je temelj osi, okoli katere se odvije spreobrnjenje. Spreobrnjenje vključuje tudi kesanje, predvsem glede trpljenja, ki ga je povzročil bližnjim. Ta razlog je globalen, vseobsegajoč. Je pa hkrati notranji, se pravi, pripada človeku samemu, ki postane iz žrtve okoliščin gospodar svoje usode. In dejansko

Razlogi za odločitev za abstiniranje

razlog	primer
Bolezni	Pa še nekaj, zaradi česar sem se res nehal dovpat: neko infekcijo sem moral imeti, kadarkoli sem se zadel, sem imel kri v urinu.
Pomanjkanje denarja	Pozneje sta nehati poskušala še večkrat, saj si je to ves čas želela, saj je za drogo porabila ogromno denarja, ljudje okrog nje so se ji zdeli čudaški, pa tudi glede šole je imela ambicije.
Naveličanost scene	
Ambicije v življenju	
Spreobrnjenje	5. avgusta 1996 so me zaprli. Tam si 22 ur zaprt, le dve uri hodiš naokrog. Tam sem bil postavljen pred dejstvo, da to ni to, in vsak mora priti pred eno dejstvo, ampak enim nikoli ne pride. Šele zdej vidim, kaj vse je mati preživljala, sploh si ne znam predstavljati, kakšni pritiski so to bili, najprej brat, potem pa še jest. Džanki požre preveč energije drugemu. Ko sem prišel ven, sem jasno povedal, da je konec.
Pritiski okolja	Ker so se prekrški vrstili (obisk kriminalista, kazniva dejanja) je bila tik pred tem, da gre v zapor. Tudi starši so vedno bolj pritiskali nanjo, naj se gre zdravit.
Obveznosti iz drugih vlog	Pa poglej, froca mam, ženo, familijo, s. p. firmo in mam dost velik motiv, da neham vse skupaj.

se pri odločitvi za prenehanje uživanja heroina, kot lahko sklepamo iz izjav naših sogovornikov, več razlogov združi v celostno odločitev. Tukaj pa lahko argumentiramo, da pri prenehanju uživanja heroina ne gre nujno za odločitev, temveč le za prehod, lahko bi rekli tudi zdrs v drug življenjski slog. O tem pričajo primeri, kjer so prenehanju uživanja botrovali parcialni nereflektirani razlogi. Tako imamo lahko pojem spreobrnjenja predvsem za ideologijo, ki je sicer dejavna, vendar le, dokler ljudje abstinirajo, oziroma, dokler obstajajo pogoji za to.

Ljudje se pri abstiniranju srečujejo z različnimi ovirami. Iz izjav naših sogovornikov smo lahko izločili naslednje tipe ovir.

Po drugi strani pa so naši sogovorniki naštevali tudi, kaj je lahko v pomoč pri vzdrževanju abstinence.

Moramo pa poudariti, da določeno število ljudi, ki glede na svoj slog uživanja ne doživi večje stiske, noče abstinirati.

Ovire pri abstiniranju

ovira	primer
Socialni status	To, da imajo doma več denarja, ne pomeni, da se gredo hitreje zdravit, kvečjemu pozneje, ker oni so na toplem doma, imajo hrano, stanovanje, ogrevanje, tisti, ki pa je cesti, pa spi zunaj, v avtu, parku in je pod prisilo, da mora nekaj narediti.
Mreža stikov (stari prijatelji — uživalci)	Ko sem prišel domov nisem hotel več hoditi ven, bal sem se da bi nazaj začel s horsom, vendar so me kolegi znova potegnili v šit.
Strah pred normalnostjo	Strah te je, da bi prenehal, strah pred normalnim življenjem brez drog. Začetek zdravljenja — z eno nogo si v komuni, z drugo pa zunaj. Veliko časa traja, da najdeš skupno, pravo pot. Nimaš moči, da bi verjel, da si lahko normalen. Želiš si, a je težko in pobegneš.
Lenoba ali pomanjkanje suporta	Poznam ljudi, ki bi radi prenehali, pa jim ne bo nikoli uspelo, ker so brez osnovnega suporta. Tako iz dneva v dan podaljšujejo agonijo in čakajo. Čakajo, kdaj bodo okoliščine zrele. Pri njih verjetno nikoli, saj so iz različnih razlogov brez ljudi, ki bi jim pomagali.
Nezmožnost opravljanja službe	On je abstiniral največ štiri dni, nato pa spet začel, ker je imel težave, ki bi negativno vplivale na službo in družbene stike (vsak bi opazil, da je nekaj narobe z njim). Po teh štirih dnevih se mu je toleranca zmanjšala spet na pol grama, saj je poleti vzel tudi štirikrat po pol.
Pomanjkanje modelov[16]	Poznam pa tipa, ki je na drogah že več kot dvajset let. Zdaj je star nekje okrog osemintrideset let. Začel je nekje tako kot jaz, pri petnajstih, bil je že čist, ozdravil se je v komuni nekje v Italiji, potem je nekaj časa živel nekje drugje, ko se pa je vrnil nazaj domov, je, mislim, da kar nekaj let živel brez heroina, trave ni nikoli opustil. Kaj ga je pripravilo do tega, da je ponovno segel po igli, ne vem, pravijo, da kot ozdravljen narkoman, še posebej, če so te prej vsi poznali, nimaš veliko šans, da si urediš življenje. Zdaj je zopet že tri leta, približno, na igli.
Pomanjkljiv odgovor služb	Meni se je obrnil koleščk v glavi in šla sem na metadonski center in rekla, da ne bom več. Nato sem štiri tedne čakala zdravnika. ... želi prenehati. Vse to pa mu onemogoča dolgo čakanje na zdravljenje (tem dlje časa uživaš in je še težje pri zdravljenju — imaš večjo krizo) in prekupčevalci drog, ki nenehno prežijo na trenutek, da lahko nekaj prodajo in s tem služijo denar.

V pomoč pri abstiniranju

	primer
Aktivnosti	Postaneš starejši in začneš na življenje gledati drugače. Zdaj sem prišel do sem, kjer sem. Namreč, hodim na zdravstveno šolo, lani sem obiskoval duhovno univerzo v Mariboru. Letos je nisem, ker sem bil preveč zaposlen; bil sem prostovoljc, hodil v šolo... Rad imam naravo, zelo rad bobnam in nimam časa še za duhovno univerzo.
Ljudje, ki stojijo ob strani	... sam pa tudi nisi dosti močen, da bi kaj spremenil. Imel sem srečo, ker so me vsi podpirali, doma starši, sestre, Karla (socialna pedagoginja na osnovni šoli), zelo so mi tudi pomagali sestanki, pa v Ljubljano sem hodil na srečanja. Sedaj sem pa že od 1994 leta, ko sem prišel ven čist. Stanujem pa še vedno doma...
Odhod v drugo okolje	Z očetom sva se nato dogovorila, da bi za nekaj časa odšel iz Ljubljane. Imel sem strah pred tem, da bi se ločil od dekleta in Ljubljane. Začel sem se spet drogirati. Šla sva v Srbijo k sorodnikom. Dol sem bil eno leto in pol. Bil sem čist klin. Začel sem spet normalno živeti. Dobil sem spet nazaj čustva, začel sem spet oživljati, moja notranjost je oživela oz. se je prebudila. Veliko sem premišljeval o Ljubljani, sanjal sem drogo, kako se šponam. Po enem letu in pol sem prišel nazaj v Ljubljano.Takoj sem prižgal džoint. V Ljubljani sem bil 6 mesecev klin. Vsi so vedeli, da sem bil narkoman in da sem zdaj klin. Imel sem občutek krivde, ker so vsi vedeli za to.
Izogibanje stare družbe	Ta prvo je, da se stare družbe izmikaš.

DILANJE

Nabavljanje droge determinira po eni strani potreba pa prikrivanju transakciji, po drugi strani pa komercialni interes obeh strank, da pride do transakcije.

Glede na prostor obstajata dva klasična tipa nakupa:

- pri dilerju doma
- na javnem prostoru (ulici, trgu, lokalu, parku, stopnišču, dvigalu).

Poleg tega se je uveljavil nakup po telefonu, kjer zlasti dilerji uporabljajo mobilne telefone in prinesejo drogo na dom ali na dogovorjeno mesto.

Definicija prvega prostora je, da je zaseben. Zasebni prostor se z uporabo za prodajo oz. nabavo droge preoblikuje v poslovnega oz. komercialnega. Definicija dilerjevega stanovanja kot zasebnega prostora, saj je konec koncev stanovanje, omogoča dvoje: dilerjevo diskrecijsko moč in obvladovanje prostora ter hkrati delno zaščito, ki jo ima kot zasebni prostor. Stranka torej vstopa v dilerjev prostor, navzven pa je predstavljena kot dilerjev zasebni obiskovalec. To hkrati pomeni, da obiskovalcev ne sme biti preveč ter da morajo biti deležni neke mere dilerjevega zaupanja.

Definicija drugega prostora je, da je javen. V nasprotju z javnim prostorom so interakcije po definiciji naključne in anonimne, ljudje pa praviloma na površinski ravni dostopni vsakomur. Hkrati pa je ravno zaradi te odprtosti in dostopnosti zajamčena diskretnost (Goffmanovo pravilo vljudnostne nezainteresiranosti, Goffman 1963), kar omogoča transakcije, ki potekajo mimo naključnih interakcij. Tako lahko diler in njegova stranka pod plaščem naključnosti opravita transkacijo, ki je prepovedana. Umetnost, ki jo morata oba udeleženca obvladati, je prepoznavanje in vzpostavljanje stikov, ki bodo potekali na javnem prostoru, vendar se ne bodo zdeli nevsakdanji. Se pravi, da bosta v odprtosti javnega prostora

ustvarila nišo zasebnosti, kjer bodo znaki in interakcija za druge nedostopni. Ti znaki bodo ustvarili med njimi ozračje zaupanja in konspirativnosti.

Prenosni telefon deloma nadomesti nekatere funkcije javnega prostora: poveča dostopnost dilerja (a hkrati zmanjša dostopnost stranke), ker odpravi dostopnost, vezano na specifičen kraj (javen ali zaseben), kajti diler je zdaj dostopen v etru. Hkrati nadomesti umetnost konspirativnega dogajanja; neposredni stik med dilerjem in odjemalcem se lahko skrči zgolj na transakcijo, dogovore o kraju, načinu predaje in ceni lahko opravita po telefonu. Diler sicer zgubi del anonimnosti, ki mu jo omogoča klasično dilanje na ulici, saj je znana njegova številka, kar pa je vseeno manj kot ogrožajoče, kot če ljudje poznajo njegov naslov. Ni mu treba sprejemati strank, temveč lahko izkoristi prednosti javnega prostora ali gre celo k stranki na dom.

Pri vseh treh tipih nabave je skupni imenovalec zaupanje in biti vreden zaupanja, o čemer bomo v nadaljevanju še spregovorili. Zaupanje pri dilanju na javnem prostoru je predvsem situacijsko, medtem ko je zaupanje pri dilerju doma predvsem vezano na osebo stranke.

Starejši, izkušenejši in uvedeni uživalci raje nabavljajo sami, deloma zaradi tega, ker potem tudi sami konzumirajo, deloma zaradi prednosti, ki jih ima nabavljanje pri dilerju doma oz. zaradi personaliziranega odnosa z dilerjem. Začetniki in uživalci v manjših mestih pogosto nabavljajo skupinsko. Deloma zaradi manjše dostopnosti, deloma zaradi manjšega dilerjevega zaupanja, manjših količin denarja ali manjših odmerkov. Pri tem pride prav, če vzpostavijo dve vrsti pravil: o načinu delitve za minimiziranje nategovanja in o izbiri člana skupine, ki bo nabavljal. Ta pravila tudi nakazujejo tveganja, s katerimi se uživalci srečujejo pri nabavi. Skupina namreč akomodira tveganje, ki ga nosi posameznik kot stranka – izpostavljen je samo član skupine, ki nabavlja –, in tveganje, vezano na kvaliteto robe, ki jo nabavlja.

Nabava in prodaja sta strukturirani kot mreža neformalnih in prikritih stikov. Nista javni in ne vsem dostopna. Zato se lahko vanjo vključijo ljudje, ki poznajo ljudi, ki pripadajo tej mreži. Več ljudi ko poznaš, lažji je dostop do droge. Drogo uživalci praviloma nabavljajo pri poznanih uživalcih in dilerjih. Zato začetniki ali prišleki ne morejo zlahka nabaviti droge. Zanje so nujni posredniki, ki so najnižja stopnička v hierarhiji nabave droge. Posredniki so lahko prijatelji ali znanci, za katere človek ve, da uživajo drogo in poznajo mrežo. Ponavadi za svoje usluge, če ne gre za prijateljsko uslugo, poberejo svoj delež nakupa. Posrednik je že skoraj instituirana vloga. Sčasoma lahko uživalec napreduje v posrednika ali si vsaj pridobi zaupanje ljudi, ki razpečavajo drogo, da si omogoči nemoteno nabavo.

Uživalci si predstavljajo, verjetno upravičeno, verigo nabave in prodaje kot hierarhično piramido, v kateri je položaj določen s količino droge in vrsto strank, ki jih ima preprodajalec (najnižji so tisti, ki prodajajo uživalcem in so tudi sami uživalci). Najvišjih po rangu, »šefov«, uživalci ne poznajo; po navadi tudi ne uživajo drog. Uživalci po navadi poznajo prvo ali drugo stopnjo dilanja (gledano iz njihove perspektive), drugo pa so zadeve bolj ali manj mitskih razsežnosti in so izven njihovega neposrednega zornega kota.

Osrednji lik v mreži nabave v doživljajskem svetu uživalca je diler. Tipičen diler, kot so ga opisovali naši sogovorniki, je precej težko prepoznaven po zunanjih znakih, oziroma, nosi zelo malo tipičnih atributov, ki jih ljudska predstava pripisuje »narkomanom«. So skrivnostni in za njihovo identiteto je praviloma težko zvedeti. Veliko jih za opravljanje svojega dela uporablja prenosni telefon. Pripovedovali so nam o stalnih in občasnih dilerjih. Kvaliteten diler je tisti, ki ima dobro robo in s katerim se lahko pogajaš. Večkrat so nam omenili, da so dilerji drugih narodnosti (Albanci, Črnogorci, Srbi).

Dilanje je tudi za uživalce in same dilerje moralno vprašljiva zadeva, saj spravljajo ljudi v nevarnost. Nekateri dilerji imajo moralna pravila in na primer ne prodajajo mlajšim uživalcem. Vendar prevladuje vtis, da so dilerji še bolj kot uživalci nasploh naravnani na finančni učinek in da gledajo na človeške interakcije skozi denar. Zato so

odnosi med dilerji in njihovimi odjemalci predvsem poslovne narave. To je še toliko bolj očitno, če ima uživalec več dilerjev. Dokler ima odjemalec denar, med njim in dilerjem ni problemov. Ti se začnejo, ko hoče uživalec jemati na up. Še bolj kot v drugih poslovnih odnosih je temelj odnosa med dilerjem in odjemalcem zaupanje. Razlika med običajnim trgovskim odnosom, kjer je zaupanje apriorno, je včasih pri dilanju, nasprotno, temelj odnosa nezaupanje. Diler mora odjemalca vnaprej oceniti, ali je vreden zaupanja, ali ima dovolj denarja, ali ni morda policaj ali provokator. Zato ima diler praviloma diskrecijsko pravico, da komu ne proda.

Odvisnost od dilerjev je ena od značilnosti odvisnosti od heroina. Dilerji se praviloma počutijo v premoči; tako jih doživljajo uživalci in tudi realno se lahko znajdejo v takem položaju, na primer, če je odjemalec v krizi. Nekateri dilerji ta položaj izrabijo in ponižujejo svoje stranke (jih pustijo čakati, so nesramni, gl. tudi poglavje o prostituciji). Tudi nekateri uživalci se zavedajo svoje pogodbene moči in jo uveljavljajo (npr., kadar imajo posredniško vlogo).

V dilanju se poskusijo praktično vsi uživalci, ki v zasvojenosti pridejo do točke, ko jim začne primanjkovati droge. Še bolj pa velja, da večina dilerjev, ki neposredno prodajajo drogo uživalcem, tudi uživajo heroin. Kot smo rekli, je dilanje pogosto način, kako se izogniti kraji. Vendar nam je nekaj sogovornikov, ki so se poskusili v dilanju, poročalo, da dilanje ni nujno profitabilno in le malo uživalcev dalj časa zdrži v tej vlogi.

Ponudba droge praviloma ni agresivna. Nabavljanje je vezano na kroge prijateljev in znancev in zgodbe o dilerjih pred osnovnimi šolami so govorice. To pa ne pomeni, da dilerji ne poskušajo novačiti novih odjemalcev. Znano je, da poskušajo svoje potencialne odjemalce »zapeljevati«, jih častijo, negujejo, vzpostavljajo prijateljske vezi.

Stalni diler je pomembna institucija na heroinskem trgu. Z njim se človek varuje pred nategovanjem, slabo kvaliteto in vsemi tveganji, ki so s tem povezana. Zanesljivost je pogoj, da bo kdo postal stalni diler; za odjemalca pa velja isto, zanesljivost mu omogoči, da dobi stalnega dilerja. Poleg tega mora imeti diler do odjemalca finančni interes in odjemalec mu mora izkazovati določeno mero spoštovanja. Zaradi nestabilnosti trga, aretacij ipd. je stalni diler luksus. Stalni diler je tudi znak zrelosti kariere uživalca. Zaradi aretacij pa je lahko tudi ta institucija nestabilna in z njo tudi tržišče. To in nestabilna kvaliteta robe pripomoreta k temu, da se stalni dilerji ne morejo trdno zasidrati ter da se uživalci pogosto »ozirajo okrog«.

Plačevanje droge je ponavadi v denarju, ni izjema niti plačevanje v naturi, vendar dilerji sprejmejo dobrine (ne glede na to, ali so ukradene ali lastne) močno pod njihovo dejansko ceno.

Heroin se večinoma nabavlja v šutih (0,2 g), to je po navadi zadosti za dnevno uporabo, velikokrat je to tudi denar, ki ga ima za nabavo v tistem trenutku, in tudi varnost je večja. Druga mera je *dži* (gram).

Nategovanje je stalnica heroinskega trga. Nategovanje lahko pomeni troje: da dobiš premalo, nekaj drugega, slabo robo. Največ nategovanja se zgodi pri posredništvih. Tipično je, da posrednik vzame nekaj droge zase, ali pa, bolj radikalno, da vzame denar in potem sploh ne prinese droge. To se dogaja zlasti začetnikom, ki so odvisni od posrednikov. Drugim se dogaja zlasti to, da jim redčijo drogo. Če je to prepogosto, diler kmalu »zgubi službo«. Pozneje se nategovanje zgodi v primerih, če se odjemalcu mudi, če je v krizi ali če dilerja ne pozna dobro. Pri prvih nakupih pri novem dilerju je nategovanje ustaljena praksa. Skratka, nategovanje je pričakovani del nabavljanja, folklora med uživalci, še zlasti v razmerju do začetnikov.

Mešanje kot oblika nategovanja je splošen pojav. Vprašanje je le, koliko zamešan »staf« človek dobi. »Skozi več rok gre, bolj bo razredčen.« Razlogi za mešanje so bolj ali manj očitni. Nekateri mešajo zaradi tega, ker si tako pridobijo dozo zase, nekateri zaradi večjega zaslužka, včasih pa je mešanje posledica kopnenja dilerjevih zalog. Bolj ko je uživalec na geografski ali socialni periferiji (glede na sceno uživalcev), bolj razredčeno drogo bo dobil. Čistost heroina uživalci težko preverijo. Pri nakupu ga lahko, če je okolje varno, preverijo po videzu

in okusu (grenkost), ponavadi pa je test proces priprave (topljivost zmesi, ostanki na filterju) in uživanja (sam učinek droge). Kvaliteto droge deloma zagotavljajo stalni diler in informacije, ki krožijo med uživalci. V tem je tudi praktična[17] funkcija nenehnih diskusij o drogi med zasvojenimi uživalci.

Med snovmi, ki jih preprodajalci mešajo s heroinom, smo zabeležili naslednje (po abecednem vrstnem redu): apno, borotalk, cement, cimet, čistila, glukoza, kakao, kokain, laktoza, moka, prašek, puding, puder, rjav prašek za barvanje pirhov, sladkor v prahu, strihnin, strup, uspavalne tablete, vse, kar je podobno heroinu (rjavo), zdrobljen kamen.

Nasilje je eden od ukrepov, ki zagotavljajo delovanje trga. V razmerah nategovanja in nezaupanja je to namreč način, kako se vzdržuje razmerje moči, in oblika nadzora na ilegalnem trgu. Dilerji ga včasih uporabijo za to, da si povrnejo dolgove, včasih pa tudi, da dajo drugim uživalcem zgled in si zagotovijo avtoriteto. Obstaja tudi nasilje odjemalcev. Razlogi so podobni: da poučijo dilerja o pošteni trgovini. Redko, pa vendar se zgodi, da kdo dilerja oropa oziroma mu na silo odvzame drogo. Zato so nekateri dilerji oboroženi.

Oboreženi pa so zlasti zaradi strahu pred obračuni z drugimi dilerji oz. dilerskimi klani. V nekaterih zaokroženih teritorijih se zgodi, da dilerji ustvarijo neke vrste monopol in ga tudi s silo vzdržujejo. Če pride v naselje tuj diler, ga izženejo.

Na periferiji je tržišče slabše razvito, ponekod v manjših krajih pa sploh nerazvito. Pa tudi če je, je roba slabše kakovosti. Uživalci kupujejo drugje, v večjih krajih, kamor dnevno potujejo na delo ali v šolo. V ta namen v večjih krajih vzdržujejo stike, večkrat pa je tudi tako, da za celo skupino nabavlja en človek.

INJICIRANJE

Dozo si uživalci tipično pripravijo tako, da zmešajo heroin s citronko ali vse pogosteje z askorbinsko kislino, se pravi z vitaminom C (nekateri tudi z limono), in primešajo vodo, v žlici, ki je tako ukrivljena, da stoji na podlagi vodoravno. To po navadi z vžigalnikom zavrejo in skoz cigaretni filter ali vato potegnejo v brizgalko. Potem si po navadi stisnejo roko, da žile izstopijo, in si vbrizgajo zmes. Za to potrebujejo od ene minute do pol ure in več. Če ima kdo poškodovane žile, lahko porabi več časa, da jo »najde«. Najpogosteje se ljudje »špikajo« v roko; ko se žile na roki iztrošijo, pa tudi drugam. Žile se namreč po dolgotrajni uporabi skrijejo (otrdijo, odmrejo, tudi nastanejo nove) in jih je težko najti. Druga mesta so ponavadi na nogah, vendar je nekaterim to težje. Žile tako postanejo še ena obsesija intravenoznih uživalcev. Izhod iz zagate iskanja žile je tudi intramuskularno »pikanje« v mišico. Nekateri se špikajo na skrita mesta (npr. med prste na nogi, v dimlje), da se ne bi izdali z brazgotinami.

Poleg heroina se injicirajo še druge droge: speed, kokain, apaurin, metadon, ekstazi, morfij, tudi dormikum, baldrijanove kapljice, opijeva tinktura, a to je zahtevnejše za pripravo. Največ kokain. Kokain se sicer večinoma snifa, vendar verjetno velja še zlasti za intravenozne uživalce heroina, da so navajeni na vbrizgavanje in zato tudi kokain iz podobnih razlogov (varčevanje in fleš) injicirajo. Vendar pravijo, da je kokain injicirati bolj škodljivo, pusti več poškodb, še zlasti, ker ga je treba večkrat vbrizgati, in še posebej, če uživalec zgreši žilo.

Včasih injicira drug uživalec. To se zgodi, ko ljudje še ne znajo injicirati, ali pa v primerih, ko se težko najde žila in uživalec potrebuje pri injiciranju pomoč. Izkušeni uživalci tega sicer ne počnejo radi, a storijo, če gre za začetnika ali začetnico, saj jih moralno bremeni, lahko pa tudi povzroči sitnosti, saj ga potem človek še išče v ta namen. Ko to naredijo, naredijo malo iz solidarnosti, malo zaradi morebitne koristi (participacija pri heroinu, informacije), pa tudi zaradi ugleda.

Nekateri se injicirajo predvsem v skupini, drugi pa izrecno hočejo biti sami in se jim je težko injicirati pred drugimi. Zanje je injiciranje bolj intimna izkušnja. Hkrati se lažje posvetiš žilam, manjša je možnost infekcije in lažje je nadzorovati proces, še zlasti proces delitve odmerka. Zadevati se je za nekatere tudi čas, ki ga imajo zase.

Ozaveščenost glede souporabe pribora je razmeroma velika. Uživalci se bojijo zlasti hepatitisa, manj jih je strah AIDS-a. Pri ozaveščenih uživalcih je souporaba pribora le spodrsljaj, obstajajo pa skupine uživalcev, kjer je ozaveščenost izredno majhna in souporaba pogosta. Praviloma so starejši uživalci precej ozaveščeni, začetniki pa manj. Sogovorniki so bili velikokrat mnenja, da se je ozaveščenost v preteklih letih zelo povečala. Spominjali so se časov, ko je bila souporaba pribora normalna stvar, zdaj pa je to stvar preteklosti. Sedaj je tudi pribor razmeroma lahko dostopen, zlasti v lekarnah.

Največkrat se zgodi, da ljudje uporabljajo nesterilen pribor v trenutkih krize. Drug moment tveganja je fatalizem, ki je življenjska usmerjenost nekaterih džankijev: »Kar bo, bo.« »Če fašeš AIDS, ga pač fašeš.« Fatalistično so razpoloženi, ker so osredotočeni na trenutek, ko bodo zadeti, ker so v svoji življenjski karieri izgubili smisel življenja,

Momenti, ki povečujejo možnost souporabe pribora:

moment	razlog	primer
Kriza	Zoženje zavesti	Saj ko si pri sebi, veš za vse nevarnosti, ko pa pride kriza in ko si bolan, te pa to najmanj skrbi.
	Dramatičnost izkušnje	Verjetno je laiku težko razložiti, zakaj narkoman ne gre kupiti brizgalke v lekarno, ki je oddaljena 200 m, in raje uporabi brizgalko in iglo, s katero se je pred njim injiciral njegov spremljevalec. Ali, če je odvisnik sam, zakaj potegne vodo, potrebno za raztopino, iz luže na tleh, ko pa ima pitno vodo za vogalom, oddaljenim le nekaj korakov? To ti naredi pomanjkanje ali po domače rečeno kriza, ko ti je zaužitev pomembnejša od katere koli stvari na svetu — moraš zaužiti kolikor največ moreš in kar se hitro da —, zelo močan občutek, proti kateremu se narkoman z abstinenčno krizo ne more, ne zna in noče boriti, že sekunde so važne!
Fatalizem	Osredotočenost na trenutek, ko si zadet	Ker ne vidijo smisla v življenju in jim je za vse vseeno, se ne trudijo, da bi se zaščitili pred nalezljivimi boleznimi.
	Izguba smisla v življenju	Edino, kar si želijo, je trenutek, ko se počutijo svobodne, kul, brez vseh obveznosti, to pa je za njih mogoče samo, ko so omamljeni. Zaradi tega tudi povečujejo dozo, da ta trenutek traja dlje, ne more pa trajati večno, kot si želijo.
	Položaj džankija	»Džanki ne izgubi nič, veš, da si nič, ničesar ne moreš izgubiti, ni strahu pred smrtjo, pred boleznijo.« Na prvem mestu je potreba, droga in kako priti do nje: »Najbolj važno je, da se pozdraviš.«
Začetniki	Neozaveščenost	Tisti, ki se začnejo drogirati, jim tveganje ni pomembno.
	Pomanjkanje pribora	Od začetka je uporabljal prijateljev pribor, po dveh mesecih, ko je začel redno — vsak dan jemati heroin, pa je začel uporabljati svoj pribor in vedno je jemal heroin sam, ne pa v družbi ali med prijatelji.

ali ker zaradi položaja džankija nimajo kaj izgubiti. Po drugi strani pa ravno začetniki tvegajo več. Navedli so dva razloga: prvič, ker so manj ozaveščeni, drugič, ker jim je pribor manj dostopen in zato uporabijo prijateljevega. Pravijo, da je za to, da kdo začne uporabljati sterilen pribor, potreben čas (dva meseca, leto), kar pri nekaterih sovpada s prehodom iz skupinskega na intimni način injiciranja.

Norm, ki urejajo injiciranje in odrejajo uporabo čistega pribora, naši sogovorniki niso zaznavali kot skupinske, temveč kot individualne, kot posameznikovo odločitev (npr. ob spoznanju, da je okužen s hepatitisom C) in stil uživanja. Nekateri sogovorniki so se v tem izkazali kot zelo skrbne. Svojemu priboru posvečajo veliko skrb in pozornost in imajo pri sebi vedno sterilen pribor.

Prekuhavanje pribora je bilo bolj razširjeno v časih, ko je bil težje dostopen. Sedaj so uživalci glede prekuhavanja skeptični in je to le izhod v sili. Poleg tega nekatere plastike ne reagirajo dobro na vročino. Nekateri uporabljajo glede varnosti isto logiko kot pri seksu – da ni tveganja, če se zadevajo s stalnim partnerjem. Ta logika je pomanjkljivejša, če se razširi na več ljudi. Zgodi se tudi, da nekateri poskrbijo za lastno varnost in uporabljajo samo sveže brizgalke, jim je pa vseeno, če kdo za njimi uporabi tisto, ki so jo uporabili sami.

Splošna ugotovitev je, da se je dostopnost pribora v zadnjih letih izboljšala, ne pa povsod. Je razeroma poceni (npr. 24 tolarjev) in dosegljiv. Intravenozni uživalci ga največkrat nabavijo v lekarnah, v manjših krajih pa je dostopen tudi v zdravstvenih domovih. Včasih tudi pri dilerjih, a to je redko. V Ljubljani določen odstotek uživalcev nabavlja pribor na Stigmi in pri AIDS fundaciji Robert[18], nekaj uživalcev pa nabavlja igle tudi od terenskih delavcev (terensko delo se trenutno izvaja le v Ljubljani[19] in Kopru). Nabavljanje prek sorodnikov in prijateljev, ki delajo v zdravstvu, ali od sorodnikov in znancev, ki so diabetiki, in iz podobnih virov je precej manj pogosto, kot je bilo pred leti, vendar še obstaja.

Težave pri nabavi pribora:

- včasih zmanjka ravno tistih 24 tolarjev za iglo;
- ponoči je malo lekarn odprtih;
- v lekarnah imajo pogosto poniževalen odnos;
- začetnike je sram iti v lekarno;

Nabava in dostopnost pribora

vir	pogostost	komentar
Lekarna	ZP	Slabost lekarn je, da so javni prostor in so ljudje v položaju, da so stigmatizirani
Zdravstveni dom	P	Podobno kot lekarne.
Dilerji	R	Bolj privlačna ponudba
Nevladne organizacije	P	Samo v Ljubljani
Terenski delavci	R	Samo v Ljubljani in Kopru, a zelo dobrodošla ponudba, ko so lekarne zaprte – ponoči in ob vikendih
Drugje: od ljudi, ki delajo v zdravstvu, od diabetikov	R	Ponavadi je to priložnost, ki jo uživalci izkoristijo, če obstaja v njihovi mreži sorodnikov ali znancev.

• v lekarnah, kjer razdeljujejo metadon, je težko nabavljati tudi igle;
• v lekarnah te vidijo.

Še zlasti v majhnih krajih je strah pred stigmatizacijo velika ovira. Večina prostorov so namreč javne, večnamenske površine, kjer jih lahko vidijo drugi. Če pa so prostori namenjeni samo uživalcem, so že s tem stigmatizirajoči.

Souporaba pribora je zaradi nedosegljivosti in strahu pred stigmatizacijo razširjena predvsem na geografskem obrobju (npr. Mozirje, Mežica). Drugod je je manj, ko pa se zgodi, se zgodi zaradi različnih okoliščin. Pogosto je, da zmanjka denarja ravno za iglo, uživalci namreč postrgajo vse rezerve, da bi si kupili šut. Druga okoliščina je, da pride do uživanja naključno, ko uživalec nima pribora pri sebi ali pa lahko zamudi priložnost, če bi si ga šel kupit. Proti tem okoliščinam se izkušeni uživalci bojujejo tako, da si vedno pustijo še denar za iglo (in dajo dilerju 23 tolarjev manj), ali pa tako, da imajo pribor vedno pri sebi. Okoliščina tveganja je tudi skupinsko uživanje, saj je smoter skupinskega uživanja, kot smo ugotavljali, ravno v tem, da skupina opremlja člane za uživanje (pomaga pri nabavi, pripravi in tudi injiciranju). Tako se zgodi, da v skupini sodelujejo tudi taki, ki nimajo svojega pribora. Pri skupinskem uživanju veljajo ponekod pravila, npr., da si tisti, ki nima svojega pribora, injicira zadnji (zmanjševanje tveganja), ali pa da tisti, ki posodi pribor, dobi svoj del zastonj (večanje tveganja). Skupinska solidarnost in logika, da je primerno posoditi pribor, saj se boš tudi sam kdaj znašel v podobni situaciji, v tem primeru deluje kot dejavnik večanja tveganja. Začetniki pogosto tudi nimajo lastnega pribora. Razlog za to je včasih, da ga nimajo kam spraviti, ali pa se bojijo, da ga bodo našli starši. V nekaterih okoljih, kjer policija pribor strogo obravnava, ga je nevarno imeti in ga uživalci ne nosijo s seboj. Povsem tehnična okoliščina, ki včasih (redko) spodbudi souporabo pribora, je, da je lastna igla pretopa.

Okoliščine, ki spodbujajo souporabo pribora:
• pomanjkanje denarja
• naključno uživanje
• skupinsko uživanje
• lastna igla pretopa.

Pri nekaterih je to, kar je pri naključnem uživanju logika okoliščin – zadeti se, ne oziraje se na posledice –, logika življenjskega stila. Ta lahko po eni strani terja ravno izzivanje nevarnosti, po drugi pa brezbrižnost in lenobnost.

Ko uživalci razmišljajo o varnejšem uživanju, je njihova pozornost pogosto usmerjena samo na iglo. Tako se zgodi, da uporabijo isto žlico za kuhanje in potem vsi črpajo iz nje. Pri tem uporabijo tudi skupni filter. Tveganje je v tem primeru majhno, če so vse brizge sterilne in če se iz žlice samo črpa (ne pa dočrpava), a ni vedno tako. Tveganje se poveča, če žlica ni čista ali če se na primer namesto kolikor toliko čiste žlice uporabi pločevinka. Velikokrat se pri skupinskem uživanju uporabi ena brizga za pravično odmerjanje delov raztopine. Pri skupni uporabi žlice in filtra ponekod obstajajo pravila, ki zmanjšujejo tveganje. Eno je, da zadnji vleče tisti, ki nima sterilne brizge, drugo pa, da se za odmerjanje uporablja čista brizga.

Naslednje tveganje, ki ni povezano z iglami in ni deležno pozornosti, je prekuhavanje vatk in filtrov. Med uživalci je navada, da spravljajo vatke in filtre, ki so jih uporabili za prečrpavanje raztopine iz žlice v brizgo. Te potem uporabijo, da se potolažijo, ko so v krizi. Tveganje ni veliko, če so to lastne vatke in če so higiensko spravljene. Poveča se, če so vatke tuje, to pa se dogaja, ker nekateri (manj premožni) uživalci žicajo doze in da bi se jih ljudje odkrižali, jim dajo svoje vatke kot vbogajme. V neki skupini je bil nekdo poznan kot »vatkar«.

Da bi ljudje kupovali drogo v že napolnjenih brizgalkah, ni v navadi; ponekod tega sploh ne poznajo, ali pa se jim zdi skrajno neumno in nespametno. Ne samo zaradi tveganja okužbe, temveč zaradi zmanjšanega nadzora nad tem, kaj je v brizgalki (nategovanja). Brizgalka je lahko v skupinah uživalcev sredstvo prenosa, ne pa razpečevanja; in kot smo rekli, je tudi sredstvo merjenja raztopine.

Voda je ponekod problematični del uživanja. Še zlasti pri uživanju na cesti oz. javnih površinah se uživalci poslužujejo

priročnih virov vode za raztopino. Tako lahko črpajo iz luž ali iz sumljivih virov (npr. vodovodne pipe pri kontejnerjih za smeti).

Videti je, da je med slovenskimi intravenoznimi uživalci ozaveščenost precej velika, dostopnost igel in pribora pa zelo velika, tako da v normalnih okoliščinah ni veliko souporabe igel in brizgalk. Tveganje je večje predvsem pri začetnikih, tistih, ki uživajo skupinsko, in tistih, ki so v karieri uživalca v takem položaju, da jim je vseeno. Tveganje je večje v manjših krajih, kjer je dostopnost igel slabša in strah pred stigmatizacijo večji. Problem je tudi nabava igel ponoči in odnos farmacevtk do uživalcev. Souporaba žlic in filtrov je v skupinskem uživanju razširjena in uživalci se ne zavedajo tveganja. Zasledili smo tudi nekatere značilnosti uživalske kulture, ki tveganje zmanjšujejo. Poleg dostopnosti igel in brizgalk je pomemben tudi učinek nevladnih organizacij, terenskega dela, kjer obstaja, in dela centrov za zdravljenje odvisnosti. Skupinsko uživanje sicer povečuje tveganje okužbe, zmanjšuje pa tveganje smrti ali hudih poškodb pri overdovzu.

Tveganja pri souporabi pribora

dejavnik	stopnja[20]	točka tveganja	dejavnik zmanjševanja tveganja
Ozaveščenost	Velika	Začetniki Krize Fatalizem džankijev	Strah pred hepatitisom Dobra dostopnost igel
Dostopnost pribora	Dobra	Ponoči in ob vikendih slabše Poniževalen odnos v lekarnah Strah pred stigmatizacijo Predvsem v odročnih krajih je dostopnost slaba	Terensko delo Ponudba Stigme in AFR
Souporaba igel in brizgalk	Redka	Začetniki Odročni kraji Naključno uživanje Skupinsko uživanje	Pravila pri skupinskem uživanju Razširjenost posamičnega uživanja
Souporaba žlice in filtrov	Razširjena	Pojav vatkarstva	Pravila uživalcev (zadnji jemlje tisti, ki nima čiste brizgalke) Razširjenost posamičnega uživanja
Napolnjene brizgalke	Skoraj ni	Obstaja kot sredstvo prenosa, ne razpečevanja Ponekod (redko) začetniki	Strah pred nategovanjem Uživalcem se to zdi neumnost
Oporečna voda	Ne zelo pogosto	Pri skupinskem uživanju na javnih površinah	

OVERDOVZ

Overdovz je ena izmed značilnosti in pogostih nevarnosti življenja s heroinom. Doživijo ga tako, kot »da te zmanjka«, »da padeš dol«. Človek dejansko pade in neha dihati, pomodri. Kdor si je vbrizgal preveliko dozo, izgubi zavest in se le megleno spomni dogodkov neposredno po zaužitju doze. Ko se zbudi, se zaradi učinka heroina sicer ne počuti slabo. Reakcije okolice so ponavadi panične, vendar se prisotni uživalci trudijo pomagati. Če je uživalec sam, je večja možnost, da ne pride k sebi, lahko se zaleži in možnost poškodbe je večja.

Sogovorniki so precej različno ocenjevali stopnjo overdovzov. Veliko jih misli, da je overdovz značilnost življenja z drogo in da vsak redni uživalec izkusi overdovz vsaj enkrat, če ne večkrat. Ponekod jih sploh ne zaznajo, vendar lahko trdimo, da v razvitih uživalskih scenah in v nekajletni karieri vsak uživalec doživi overdovz vsaj v svoji okolici, če že sam. Takih s smrtnim izidom je malo, takih z nesmrtnim izidom pa verjetno precej več, kot jih je registriranih v uradnih statistikah (glej poglavje *Zdravstvene posledice*).

Razlogi za overdovz, ki so jih navajali naši sogovorniki, so naslednji:

- heroin je čistejši, kot ga je uživalec vajen,
- na tržišču je nova roba;
- uživalec zamenja dilerja;
- uživalec se znajde v novem okolju;
- slaba roba;
- grabežljivost oz. precenjevanje potrebe po heroinu;
- tekmovanje, kdo ga več nese;
- neizkušenost in neprevidnost začetnikov;
- samomor;
- posledica mešanja heroina z alkoholom in drugimi drogami.

Overdovz ne spremeni bistveno statusa uživalca med vrstniki, pač pa pri zadevanju »bolj pazijo« nanj. Overdovz lahko deluje kot opozorilo za uživalce, vedeti jim da, da je uživanje heroina nevarno, nekatere tudi (včasih samo začasno) odvrne od uživanja ali spodbudi k »zdravljenju« ali pa k bolj kontroliranemu uživanju. Poročali so nam tudi, da je lahko overdovz stik s smrtjo, je nenormalna izkušnja, ki v dramatični razsežnosti postavi človeka pred izbiro med življenjem in smrtjo. Nekateri celo razmišljajo o overdovzu kot zelo primerni, prijetni in neboleči smrti in s tem izhodu iz kariere zasvojenega uživalca heroina.

V večini združb uživalcev veljajo norme, da je treba ljudem, ki doživijo overdovz, pomaga in jih ohraniti pri zavesti. Ponekod so te norme zelo močne in tudi dejavne. Pomoč lahko kje izostane, ker so norme šibkejše, ali pa je panika prevelika in se prisotni razbežijo. Realnih razlogov za strah je bilo včasih več, ker je ob takih dogodkih prišla policija, zdaj pa, če direktno pokličejo rešilca, policije ni zraven. Pomoč včasih izostane tudi zaradi tega, ker so prisotni preveč zadeti in ne opazijo, da je kdo overdoziral, ali pa nimajo »moči«, da bi ga spravili k sebi.

Večina izkušenih uživalcev pozna vsaj nekaj postopkov, ki se uporabljajo pri oživljanju. Najpogosteje so omenjali vbrizgavanje raztopine kuhinjske soli. Mehanizem delovanja tega protistrupa ni jasen, v tujini tega postopka ponekod celo ne poznajo, vendar deluje vsaj kot verovanje. Poročali so nam tudi o vbrizgavanju soli v mišico. Drug postopek je zbujanje. Soživalci človeka, ki je predoziral, klofutajo, ga sprehajajo, polivajo z vodo, tuširajo z mrzlim tušem, se z njim pogovarjajo ipd. Če to ne deluje, mu dajejo umetno dihanje. Pomembno se jim zdi tudi preverjati, ali spijo ali so v nezavesti. Postopek je tudi dramljenje z vzbujanjem bolečine, zlasti s pritiskanjem na posebej boleče točke (npr. korenino nohta). Nekaj sogovornikov je omenilo protistrup, ki ga imajo reševalci, in potrebo, da bi bil na voljo uživalcem. Če naštete tehnike odpovejo ali če uživalci ne poznajo tehnik in ne vedo, kaj storiti, navadno pokličejo rešilca.

Uživalci se zavedajo nevarnosti. Zavedajo se, da se kvaliteta robe spreminja, zavedajo se tudi, da je nevarno uživati sam in da prisotnost drugih zagotavlja večjo varnost pred overdovzom. Tveganje overdovza zmanjšujejo na različne načine. Pogosto je pravilo, da najprej vbrizgaš pol doze, da vidiš, kako deluje, in šele nato drugo polovico. Vendar včasih ni časa za to, ali pa so žile

tako poškodovanje, da se uživalec noče dvakrat pikniti. Druga situacija pa je, da dilerji po navadi hvalijo svojo robo, kako je čista, tako da jim tudi takrat, ko je to res, ne verjamejo in je vzamejo preveč.

SEKS

Seks na heroinu je predmet dveh mitov. Eden je, da ljudje, ki uživajo heroin, manj seksajo kot drugi, drug pa, da heroin odloži orgazem oz. pri moških ejakulacijo. Kar se prvega tiče, lahko glede na pogovore z našimi sogovorniki sklepamo, da gre za mit oziroma za stereotip, ki ne velja zares. Čeprav naši pogovori o tem niso bili zelo podrobni, te trditve verjetno nimajo podlage v dejanskem vedenju. Res je sicer, da nekateri uživalci nimajo veliko seksa, vendar je to včasih prej posledica tega, da nimajo partnerja (kar se kaj lahko zgodi tudi neuživalcem), ali pa da se jim zdi, da je seks enkrat na teden premalo (kar je verjetno blizu povprečja celotnega prebivalstva). Verjetno pa je tudi res, da nekaterim stil življenja ne dopušča toliko stikov in se jim pogostost seksualnih doživetij posledično zmanjša. Eden od naših sogovornikov je ustrezno poudaril, da pri uživalcih pač najdemo vse variante spolne dejavnosti, ki jih najdemo pri ljudeh nasploh, nekdo pa je trdil, da se seks na heroinu sploh ne razlikuje od seksa brez droge.

Najbrž pa velja, da je seks na heroinu kvalitativno drugačen, da obstajajo nekatere kvalitativne razlike, ki jih doživljajo vsaj nekateri uživalci, vendar le zaradi učinka droge in spremenjenega načina življenja.

Nekateri od opisanih fenomenov gotovo vsaj na ravni ideologije delujejo tako, da sproščajo zadržke, ki bi jih ljudje imeli v zvezi s seksom (nor seks, podaljšan, nežnost). Diskurz uživalcev povezuje seks in uživanje drog s skupnim imenovalcem — užitkom. Te sinteze so lahko konjuktivne, tako da sprega seksa in heroina povečuje užitek, ali pa disjunktivne, tako da heroin zamenja seks (teza o heroinu kot zmanjševalnemu agensu, teza o odsotnosti čustev, o vračanju čustev in sle ob krizi).

Poleg same spolne dejavnosti se ta logika osvoboditve užitka prenaša tudi na odnose, ki temeljijo na spolni izkušnji. Del uživalcev se gotovo vključi v promiskuitetne odnose. Med našimi sogovorniki so bili sicer le redki mnenja, da so uživalci v načelu promiskuitetni, vendar gre le za posamične izjave, ki so verjetno vezane na določene skupine in okolja. Opise promiskuitetnih praks smo zabeležili v več pogovorih, vendar ne gre za vzorce, ki bili bistveno drugačni od vzorcev, ki bi jih verjetno zasledili pri njihovih vrstnikih, ki ne uživajo heroina (npr. seks na zabavi, priložnostno spolno druženje z naključnimi simpatijami ali s kolegicami, ker jim je to zaprijalo). Edina elementa, ki sta morda kvalitativno različna, sta že omenjeni nežnost in prijaznost, ki naj bi bili značilni za uživalce heroina.

Veliko število sogovornikov nam je poročalo o stalnih partnerjih. Četudi gre morda za pristranskost vzorca, lahko sodimo, da je število uživalcev, ki vzdržujejo stalne zveze, precej večje, kot je splošno prepričanje, ki povezuje uživanje heroina s promiskuiteto. Te zveze so lahko trdne (brez »skokov čez plot«) in dolgotrajne (primera: od devetnajstega do osemindvajsetega leta in od šestnajstega do osemindvajsetega peta). Že ko smo govorili o značilnostih skupin uživalcev, smo ugotavljali, da erotična partnerstva pogosto kompenzirajo siceršnjo fluidnost mrež. Zanimivo je, da nam je ena od sogovornic poročala, da je bila ves čas kariere monogamna ter da se je njena promiskuitetnost začela z abstinenco, v komuni.

V primeru, da gre za stalne pare, obstaja možnost, da sta oba na dovpu, ali pa je na dovpu samo eden od partnerjev, drugi pa je čist. Kot smo že opozorili, je možnost, da tudi partner začne uživati drogo, velika. Po mnenju nekaterih je najpogostejša druga možnost, da bo zapustil partnerja. Vendar nekateri partnerji, še zlasti partnerice, zdržijo ob uživalcu kar dolgo dobo, tudi več let. Menda zato, ker se ženske bolj navežejo in hočejo pomagati ali izvleči fanta iz droge. Če sta oba partnerja na drogi, temelji njuna zveza na drogi in zadevah, ki so povezane s preživetjem na sceni. Tipična slika je, da se precej kregata, ko sta na krizi ali trezna, in je vse v redu, ko se zadaneta. Lahko bi celo rekli, da droga in zadetost v veliki meri ako-

Nekateri fenomeni v spolnosti, povezani z uživanjem heroina

fenomen	primer	komentar
V krizi	Ko si na heroinu, ti ne paše. Ko si pa kriziran, ti ful paše.	Pogosto uživalci to komentirajo kot ponovno prebujanje telesa in čustev. Baje je spolna sla, ko se spucaš, velika in lahko človeka vzburi že malenkost.
Ko si zadet	Ponavadi pride do njega, ko se butneš, nikakor pa ne, ko učinek heroina pojenjuje.	Seks je povezan z užitkom heroina.
Nor seks	Ko si na heroinu, bi seksal kot nor, vse bi poseksal, če snifaš, če nisi prav tisti džanki. Totalno se sprostiš in pravijo, da tiste ženske, ki prej ne morejo doživeti orgazma, ga na heroinu doživijo, saj se telo popolnoma sprosti.	
Iz navade	Ne misliš veliko, fukaš kar tako iz navade, ni orgazmov, tudi potrebe po seksu ni, ni užitka. Zase lahko rečem, ko sem bil na heroinu, mi je spolnost pomenila mogoče le neko potrebo, brez vsakega čutenja do osebe, s katero sem imel spolne odnose.	Verjetno to ni posebnost le uživalcev heroina.
Podaljšan	Moški doživijo vrhunec orgazma pozneje kot običajno. Zanj osebno to ni težava, problem pa se pojavi, če punca doživi orgazem prej in ne želi nadaljevati spolnega odnosa. Mislim, da ti heroin dvigne potenco. Lahko rečem, da imaš tak seksualni odnos, ki bolj dolgo traja, čeprav ni tistega užitka, kot je pri čisto normalnem, treznem človeku z več čustvi, občutki.	
Nežnost	Je pa tako, kadar si na heroinu, ti zelo paše se z nekom imet rad, koga se dotikat, stisnit se h komu, ljubčkat se, pa dol se dat.	Želja po nežnosti v nekaterih primerih pelje v promiskuitetne odnose.

modirata konflikte, bodisi tiste, ki so nastali v zvezi z njo, ali pa običajne konflikte, ki jih pač doživljajo pari. Opozorili so nas na fenomen lažnih parov, kjer se dva zaljubita, ko sta na heroinu, ko nehata uživati, pa vidita, da jima je bilo lepo zaradi heroina, da v resnici nista za skupaj.

V nasprotju s skrbjo za čist pribor in tveganja, povezana z injiciranjem, pa se večina uživalcev požvižga na zaščito pri seksu. Večina naših sogovornikov ne uporablja kondomov in meni isto o drugih uživalcih.

Razlogi, zakaj ne uporabljajo kondomov

razlog	primer
Večji užitek	Ja, tko je, ko si razpalen, ne pomisliš na AIDS, kondom pa je ravno tako, kot če bi sladoled čez šipo lizal.
Nepraktično	Ja, sedaj boš pa še to valal po rokah ali vlačil s seboj. Ne, jaz to počnem brez zaščite.
Nevednost	Neko dekle, ki se občasno ukvarja s prostitucijo, na primer ni vedelo, da je prenos bolezni mogoč tudi pri oralnem seksu.
Samo, ko hočejo dekleta	Če je »fejst« težila, potem sem, a bolje je brez. Kaj me briga.
Stalni partnerji	Partnerjev nisem menjaval, saj sem ti povedal, da sem imel dekle. Bila je moja stalna partnerka. Zaščite nisem uporabljal. Ona je včasih tablete, pa še to zaradi preprečevanja zanositve kot kaj drugega.

Zanimivo je, da nekateri logiko stalnih partnerjev razširijo tudi na druge stike. Bodisi, ker je to stil, ki so ga vajeni, bodisi, ker računajo na zaprtost družbe.

Čeprav je splošni vtis, da uživalci (verjetno podobno kot Slovenci nasploh) ne uporabljajo kondomov, pa so bili med našimi sogovorniki tudi taki, ki jih uporabljajo redno, tudi v odnosih s stalnimi partnerji, se zavedajo tveganja in ga hočejo preprečiti. Nekateri so bili celo mnenja, da je to ustaljena praksa med uživalci.

Pri razlogih za uporabo kondomov, ki smo jih zabeležili, očitno igrajo poleg ozaveščenosti pomembno vlogo ženske. Pomembne niso samo kot akter zaščite zaradi strahu pred nosečnostjo, ampak kot potencialni akter zaščite ne samo pred nosečnostjo, ampak tudi pred spolno prenosljivimi boleznimi.

S sogovorniki smo se pogovarjali tudi o praksah skupinskega seksa in analnega seksa. To nas je zanimalo, ker sta ti dve praktiki taki, ki povečujeta tveganje inficiranja.

Razlogi za uporabo kondomov

razlog	primer
Ozaveščenost	Glede seksa pa to, da se moraš zaščitit, saj nikoli ne veš s kom je bila prej.
Navada	Ja. Če se le da, se zaščitim. Tako navado sem imel že prej. Nikoli nisem imel spolnih odnosov brez kondoma.
Vloga deklet	Včasih smo vse počeli kar brez, vendar se zdaj to vse bolj uporablja, vsaj ženske so bolj pozorne, in kakšna se brez kondoma sploh ne pogovarja. Prej nismo tolk pazil na zaščito, dons so pa ženske velik bol previdne in brez kondoma nočejo nič. Kondom uporabim, če ga ima ženska, s katero sem, s sabo.
Strah pred nosečnostjo	Glede AIDS-a mi je vseeno, malo ravno mi je postalo, tako da ga se ne bojim, glede zanositve pa pazim. Redne menstruacije nimaš, zato prek tega ne moreš vedeti, ali zanosiš. Testa ne greš kupit, ker se ti zdi škoda denarja. Ko ugotoviš nosečnost, je že prepozno.

Odkrili smo, da je tega razmeroma malo, ali pa so bili naši sogovorniki sramežljivi. Vseeno lahko rečemo, da skupinski seks marginalno obstaja in da je vezan na določene skupine uživalcev (klike ali npr. raverji po žurih). Nekaj sogovornikov to privlači, nekaj jih je o tem slišalo, le dva sta v takem seksu sodelovala in ne zelo pogosto, kar je glede na velikost vzorca razmeroma malo.

Kaže, da analni seks prav tako ni razširjen. Večini se celo zdi nekaj, kar ni povsem v redu, kar je povezano s prostitucijo ali homoseksualnostjo. Ali pa je preprosto stvar preference.

PROSTITUCIJA

Prostitucija je tudi pri nas spremljevalen pojav uživanja drog. Domnevati je, da se je kot taka uveljavila in dobila zametke organizacijske infrastrukture šele v zadnjih letih. To lahko sklepamo na podlagi tega, ker je nekateri uživalci, čeprav z dolgo kariero, ne poznajo ali zaznajo, drugi pa vedo zanjo samo iz govoric.

Lahko se dogaja bolj ali manj spontano ali naključno, »za šut«, v smislu naravne menjave blaga (npr. pri dilerju), lahko pa je tudi bolj komercialno naravnana (prek Oglasnika, z zvodnikom). V prvem primeru so dekleta (v manjši meri fantje) bolj nezaščiteni in manj zaslužijo, vendar lahko sklepamo, da je v identitetnem smislu zaradi menjave v naturalijah in pogosto v mrežah poznanih ljudi (drugi uživalci, dilerji) samopodoba manj načeta oz. se manj pojmujejo kot prostitutke[21]. V drugem primeru, ko je dejavnost bolj komercialno organizirana, pa je možnost zaslužka večja, tudi relativna zaščitenost, vendar pa je bolj odtujena in zaradi navzočnosti denarja jasneje opredeljena kot prostitucija. Tretja stopnja opredmetenja telesa za tuj užitek pa so ugrabitve in prodaja v tujino, »redaljke« in skupinska posilstva.

Nekje vmes je prostitucija, ki jo uživalke same organizirajo npr. na ulici ali prek štopa, kjer lahko več zaslužijo, so pa manj zaščitene in lahko načne njihovo samopodobo. To velja še zlasti za kraje velikosti Kranja; v manjših prostitucije med uživalkami skorajda ni ali samo v najbolj rudimentarni obliki seksa za šut pri dilerju ali znancu.

Prostitucija je v vrednostnem sistemu uživalcev na precej nizkem mestu, uživalci jo med moralnimi prestopki, ki so jih prisiljeni storiti, uvrščajo za kraje in goljufije. Za nekatere sogovornice je bila prostitucija znak, da so že čisto na dnu ter da je čas, da se odvadijo heroina.

Domnevamo lahko (na podlagi izjav in tudi siceršnjih praks pri spolnosti), da se pri prostituciji razen izjemoma ne zaščitijo.

Prostitucija

tip	primeri	tveganja	prednosti	esktremni primeri
Ulična, »spontana«	»za šut« »dilerjevo dekle«	Nižji zaslužek Nezavarovanost	Ni posredstva denarja Manj škode na identitetni ravni	Skupinska posilstva
Deloma organizirana	Zvodniki, oglasi Oglasnik	Stigma prostitutke	Boljši zaslužek Zaščita?	Ugrabitve in prodajanje v tujino

SLUŽBE ZA UŽIVALCE HEROINA

SPLOŠNO

Na splošno so naši sogovorniki menili, da je služb premalo, da so premalo raznolične in da premalo naredijo. Služb je premalo na obrobju, kjer v bistvu vse sloni na zdravstvenem domu in centru za socialno delo. Kljub tem ugotovitvam pa so bili naši sogovorniki večinoma mnenja, da se je ponudba glede raznovrstnosti in kvalitete v zadnjih letih izboljšala, ali pa da vsaj je, medtem ko včasih ni bilo ničesar. Splošna, pa tudi strokovna javnost v svoji nevednosti še vedno dela paniko in izraža željo, da bi se znebili uživalcev, jih npr. izločili v komune. Uživalci čutijo, da strokovnjake v službah večinoma še vedno vodijo predsodki. Pogosto imajo vtis, da je odnos strokovnjakov pesimističen, mislijo, da uživalci ne bodo opustili uživanja oziroma izboljšali svojega življenja. Ta odnos dopolnjujejo s po eni strani zaničevalnim, po drugi pa pokroviteljskim odnosom.

Na sceni služb za uživalce heroina prevladujejo tiste, ki so usmerjene k abstinenci, ki imajo visok prag. So sinonim za tovrstne službe sploh in se uživalcem najbolj vtisnejo v spomin. Uživalci v skladu s tem menijo, da je pogoj za učinkovitost službe, obravnave ali posega, da so uživalci pripravljeni sodelovati. Pogosto ni tako; za to vrsto služb mora uživalec dozoreti, biti pripravljen. Drugače je ves trud, ki ga uživalci sicer tudi zaznavajo, brezploden. Ta odnos bi uživalci marsikdaj radi spremenili, ali kot je rekel eden izmed njih: »Jaz ne rabim pridig, rabim pomoč in možnosti, da pomoč dobim. Poznam nekaj zdravljenih narkomanov, ki ne morejo dobiti službe samo zato, ker so bili nekoč na heroinu, tudi tem bi se moralo pomagati. Pomoč je namenjena samo zdravljenju odvisnežev.«

Tu lahko podobno kot pri odnosu s starši govorimo o temeljnem nesporazumu. Strokovnjaki se namreč trudijo, a v smeri, ki je uživalec, uporabnik njihovih uslug, v tistem trenutku ne razume, saj mu gre za povsem druge stvari.

Nekateri uživalci so odkrito izrazili, da strokovnjakom ne zaupajo, da nočejo, da se kdo vtika vanje. Pri nekaterih pa je bilo opaziti obup in občutek zapuščenosti.

Uživalci, ki kontrolirajo uživanje, pravijo, da ne rabijo nobenih služb ali storitev.

Kontrolirani uživalci ne potrebujejo služb, pa tudi med zasvojenimi je nekaj takih, ki se raje sami lotijo opuščanja uživanja (in so pri tem tudi uspešni).

Predsodki strokovnjakov do uživalcev

predsodek	primer
Pesimističen odnos	Vse zgleda, kot da si mislijo, da se nikol ne boš spucal, da si propadu. Ful je odvisno, kam greš.
Zaničevalen odnos	Do mene so se obnašali zelo grdo, imeli so me za nič; prav tako na policiji; mislijo, da te bo zapor streznil, pa se motijo.
Pokroviteljski	Mislim, da bi lahko bilo boljše. Lahko bi nas boljše sprejeli, ne pa da tako zviška gledajo na nas. Njegova ocena glede učinkovitosti posameznih služb je bolj slaba. Meni, da delajo premalo na tem, da bi izboljšali položaj uživalcev drog. Tisti,ki bi se radi ozdravili, imajo premalo informacij, nimajo nikogar, ki bi mu lahko zaupali, da bi jih razumeli. On je imel srečo, ker so mu starši pri tem zelo pomagali.
Utrjevanje vloge	Policaji nate gledajo kot na kriminalca, za zdravnike pa smo pacienti.

POLITIKA

Glede politike niso imeli veliko stališč in posebno izdelanih mnenj. Nekdo je rekel, da bi rad, da se politika čimmanj vtika v njegovo življenje in da ga pusti pri miru. Nekateri so izrazili pripravljenost angažirati se v uporabniških oziroma uživalskih skupinah in gibanjih. Več izjav je bilo glede legalizacije, zlasti trave. Trava namreč ni nevarna; nizozemski zgled priča o zmanjševanju povpraševanja po heroinu, saj bi bilo tržišče napolnjeno in ponudba ločena. Starejši uživalci so se spominjali prelomnih časov, ko je heroin prodrl v Slovenijo, in opozarjajo, da je bila takratna represivna naravnanost proti gojenju trave eden izmed vzgibov za epidemijo. Legalizacijo vseh drog, vključno s heroinom, je predlagalo zelo malo sogovornikov.

ZDRAVSTVO

Zelo verjetno je, da bo človek, ki napreduje v karieri zasvojenosti, prišel v stik z zdravstvenimi službami. Vendar to ni nujno. Nekateri še po petletni zasvojenosti pridejo v stik z zdravstvom le ob rutinskih pregledih. Splošna mnenja o zdravstvenih službah, ki smo jih zabeležili, nam po eni strani govorijo o tem, da kljub doživljenim predsodkom tehnično korektno opravljajo osnovne storitve (deljenje metadona in pomoč pri overdovzih) in da se čedalje bolj trudijo razumeti uživalce. Moteče je, da morajo velikokrat, ko bi radi kaj storili zase ali se celo začeli odvajati, čakati na obravnavo. Govorili so nam tudi o površnem odnosu in pomanjkanju celostnega odnosa, ki ga zasledijo pri zdravstvenih delavcih in tudi pri samih zdravnikih. Izjeme med njimi potrjujejo pravilo.

Prvi stik z zdravstvenimi službami je lahko s splošnimi zdravnicami ob krizi, ko se nanje obrnejo s prošnjami za lajšanje krize. Drugi pridejo v stik z zdravstvenimi službami šele, ko se hočejo spustiti ali »spucati«. Za to morajo biti že precej na dnu. Včasih jih napotijo starši, ko odkrijejo otrokovo zasvojenost. Za spuščanje morajo dozoreti razmere. Lahko se zgodi, ravno narobe, da po stiku z zdravstvenimi službami zasvojeni uživalec dojame, da si mora pomagati sam, in pretrga stike s službami. Do stika z zdravstvenimi službami lahko pride tudi ob overdovzu. Vendar to redko pelje v poglobljeno obravnavo.

Zdravstveni domovi so za uživalce zlasti mesto, kjer dnevno dobijo metadon. Metadon ponavadi popijejo v samem zdravstvenem domu. Motijo jih kompliciranі in zamudni postopki sprejemanja v program. Poleg čakanja je pri metadonski terapiji včasih problem tudi to, da je metadonski center (uradno Center za zdravljenje odvisnosti) daleč od kraja bivališča. Včasih se ta težava reši tako, da ga ljudje, kot smo že zapisali, dobivajo v domačem zdravstvenem domu, včasih se pa morajo voziti.

Uporabniki metadonskih programov dostikrat pogrešajo osebno pomoč in svetovanje; tablete jim niso dovolj. Pogrešajo storitve socialnega delavca ali delavke. V zdravstvenem domu na Metelkovi v Ljubljani je namreč nekaj časa delovala socialna delavka, potem pa so to delovno mesto ukinili. V sodelovanju z raziskovalci so uživalci naredili kratko anketo, v kateri je sodelovalo 30 uporabnikov metadonskega programa. Ugotavljali so, da so bili uživalci do socialne delavke nezaupljivi, podobno kot do drugih strokovnjakov, vendar pa so sčasoma, zlasti tisti, ki so hoteli izboljšati svoj življenjski standard, začeli uporabljati njene usluge. Od socialne službe na Centru za zdravljenje odvisnosti so uporabniki želeli pomoč pri iskanju zaposlitve in pri reševanju družinskih problemov, pogovor na temelju zaupanja, pomoč zaradi osebne stiske in pri reintegraciji v družbo (Merdanović 1999).

To so usluge, ki jih morajo pogosto poiskati v neformalnem sektorju. Nekateri jih dobijo tudi v metadonskih centrih (npr. Ljubljana). O njih mnenijo, da so delavci tam dobro usposobljeni, cenijo jih, če imajo dober odnos, če si vzamejo čas, poslušajo uporabnike in so jim na razpolago, če razumejo življenje na heroinu in če znajo ravnati z njihovimi svojci. Koristno je, kadar imajo ti centri tudi spremljajoče dejavnosti (skupine, delavnice).

Izjave o metadonski obravnavi

stališče	primeri
Uredi življenje	Metadon je možnost za džankija, nisi zadet, si zdrav, ustaviš boj za denarjem, prenehaš s kriminalom, krajami, lahko živiš bolj čisto.
Pribijanje čez spet	Potem je pa tako, da začneš s štirimi tabletami, zraven imaš pa še vedno vsake toliko časa za šut, pa se prbiješ čez metadon. Maš staf in prbijaš čez. In potem rabiš še več tablet. Namesto, da bi znižal, zvišaš. Potem ti spet dojadi, si rečeš, da imaš dost heroina, prideš skoraj do nule, pa heroin. Saj mogoče ti celo uspe za nekaj časa, jemlješ metadon, včasih pokadiš še malo trave, potem te pa enkrat spet prime, da bi se zadel.
Ni všeč	Bil sem že. Po dveh letih na heroinu sem bil tri mesece na metadonu, ampak mi ni bilo všeč. Med tem časom sem se vseeno zadeval.
Še vedno odvisen	Zdravstvene službe dajejo metadon, kar ni rešitev problema, saj postaneš odvisen.
Spuščanje ali vzdrževanje se	Po enem letu sva se tako navlekla in sva se odločila, da se vpiševa na metadon, čeprav ni bila ne vem kakšna kriza. No, bila je, bilo je zoprno, vendar bi se v treh dneh lahko spucala. Sploh ne bi bilo tako hudo, kot bi bilo zdajle po metadonu. In sva se vpisala, prijavila na metadon, da bova spucala, da bova samo en ali dva tedna gor in potem nehala. Potem se je to zavleklo na pol leta in še vedno sva na metadonu. Zdaj sva na njem eno leto. Največ, kar sva imela, je bilo sedem tabletk, to je 35 miligramov, zdaj sva pa na treh tabletah.
Nerazumevanje postopkov večanja in manjšanja doze	Začela sem s štirimi tableti na dan, nehala sem pa s šestnajstimi, preden sem šla v komuno. Prišla sem z namenom, da bom začela s štirimi tabletami, se počasi spustila na nulo in prekinila z jemanjem.
Etiketiranje tudi,	To je sranje, potem te imajo v evidenci. Jaz pa tega nočem, a veš. Pa saj tisto nič ne pomaga.

Metadon ima za uživalce to prednost, da si lahko uredijo življenje. Dejansko se zaradi premajhnih doz velikokrat »pribijajo čez«, poleg tega nekateri nimajo občutka, da so se znebili zasvojenosti, in jim ni jasno, kakšna je logika obravnave, včasih pa očitno pride tudi do nesporazumov. V omenjeni anketi so se uporabniki pritoževali, da imajo premalo besede pri določanju terapevtskega pakta ter da niso vsi za dolgotrajno metadonsko vzdrževanje; nekateri bi poskusili najprej z detoksikacijo (Merdanović 1999). Obiskovanje metadonskega centra je tudi stigmatizirajoče, to, da so naročeni ob istem času na istem mestu, pa dela iz metadonskega centra začasen geto; okoli zdravstvenega doma se zato organizira scena z vsemi spremljajočimi dejavnostmi (prostitucija, prekupčevanje ipd.), ljudje pa se lahko v prisotnosti drugih, izkušenejših uživalcev naučijo džankijevske obrti.

Center za detoksikacijo ali po domače detoks naredi na uporabnike vtis organizirane, zelo profesionalne ustanove. Nekate-

rim deluje preveč prazno in uniformirano, drugim pa je bil pozitivna izkušnja. Mnenje uporabnikov, ki smo ga zabeležili, je, da je osebje zelo usposobljeno, da dobro razume probleme uživalcev in da obvladajo svoje delo. Zabeležili smo tudi nasprotno mnenje, da je osebje preveč zdravniško in površno. Za nekatere je šest tednov prekratka doba. Nekateri sogovorniki navajajo podatke, da je veliko povratnikov in da uporabniki nimajo priložnosti, da bi se poglobili vase in razčistili s svojo zasvojenostjo. Poleg tega imajo uporabniki vtis, da je zapolnjen ter da je v njem prevelika gneča, kar je razumljivo, saj je edini tak center v državi.

Lekarne so zaradi nabave pribora postale še pomembnejša točka v življenju zasvojenega intravenoznega uživalca. O problematičnem odnosu farmacevtk do uživalcev smo že poročali. O psihiatriji smo s sogovorniki govorili le malo, saj z njo nimajo veliko stika. Več stika imajo na obrobju, kjer še vedno uporabljajo psihiatrične bolnišnice za detoksikacijo. Potek detoksikacije v psihiatrični bolnišnici odvrača od uporabe teh ustanov, ker jih uživalci dojemajo kot eno izmed zadnjih disciplinskih instanc.

ODVAJALNI PROGRAMI

V Sloveniji obstaja nekaj komun, a njihovo ustanavljanje je že leta povezano s težavami zlasti lokacijske narave. Večina slovenskih uživalcev, ki se je hotelo odvaditi heroina, je moralo v tujino. Najpopularnejše organizacije, kamor smo izvažali uporabnike, so *Projekt Človek, Srečanje, Le patriarche* in *Chaiss?*. Obstaja več nevladnih organizacij ali projektov, ki sodelujejo s komunami in funkcionirajo kot posrednik med komuno, uživalci in njihovimi starši. To so društva *Up, Zavod Pelikan* v okviru Karitasa, *Projekt Človek*, deloma tudi društvo Zarja.

Uživalci doživljajo komuno kot zadnjo instanco v verigi služb odvajanja. V pogovoru jo praviloma opišejo kot težavno in dolgotrajno pot, saj tam preživijo kar nekaj let. Tudi sama izkušnja ni lahka. Program je naporen in včasih tudi nekonsistenten, ena naših sogovornic je na primer poročala, da je šla kmalu po prihodu delat za komuno na cesto (zbirat prispevke), kar jo je spet povezalo z uživalci. Seveda za komune še toliko bolj velja, da je treba za vstop biti odločen, da prenehaš z drogo.

Uživalci imajo različne preference glede komun. Sami smo na primer zabeležili preference za komuno *Srečanje*, ker je poceni in urejena.

Glavna tema pogovorov o komunah je bila povratek iz komune. Po mnenju vseh sogovornikov, ki so se te teme dotaknili, je težak. To navajajo kot glavno pomanjkljivost. Človek se namreč vrne v življenje, ki ga je zapustil, ko je šel v komuno, in se kmalu spet začne zadevati. O težavnem povratku govorijo tudi tisti, ki sicer zelo cenijo svojo izkušnjo s komuno. Druga težava, ki smo jo zabeležili, je dolga čakalna doba in dolg postopek pred odhodom v komuno. Nekateri zamerijo komunam, ker preveč poudarjajo vero, oziroma, so na njej utemeljene. Glede na nekatere komentarje naših sogovornikov lahko sklepamo, da komune niso priljubljene pri dobršnem delu uživalcev.

Pozitivne strani komun so po mnenju naših sogovornikov zlasti pomoč bivših uživalcev in zaposlitvena naravnanost ter odhod iz domačega okolja in scene.

Od naših sogovornikov je bilo 14 čistih, ko smo se pogovarjali z njimi. Od teh je 5 absolviralo komuno, 5 pet se jih je odvadilo samih, ena v metadonskem programu, eden ni bil nikoli zasvojen, pri dveh pa ni bilo čisto jasno. Ne glede na nereprezentativnost vzorca lahko rečemo, da je učinkovitost komune kot načina odvajanja tako v medijih kot tudi pri samih uživalcih večkrat precenjena.

Posamezna slovenska društva so naši sogovorniki različno komentirali. Društvo *Up* vidijo predvsem kot združbo staršev in njihovo organizacijo ter kot velikega posrednika med komunami. Kot kaže, je dejavnost društva razvejana po vsej Sloveniji. *Projekt Človek* so opisovali kot projekt, ki ima zelo izdelan program, a je zelo disciplinski in mu je težko slediti; kljub dodelanosti se jim zdi marsikdaj nekonsistenten (ob majhnem prekršku so jo vrgli ven, ko pa je bila navlečena, so jo spet vabili noter). Nekaterim se zdi, da se tega ne splača pretrpeti, saj po

prihodu nazaj padeš spet nazaj. Poleg tega je to drag program, ki si ga nekateri ne morejo privoščiti.

SOCIALNE SLUŽBE

Nekateri uživalci so bili v stiku s socialnimi službami v okviru šolskih svetovalnih služb, še preden so začeli uživati heroin (zaradi problemov v šoli); njihovi spomini na te službe so prijetni in socialne delavke so pomembni liki v njihovih življenjih. Uživalci pridejo v stik s socialnimi službami, če jih tja pošlje policija ob kaznivih dejanjih ali pri izvajanju strožjega nadzora nad mladoletniki. Nekateri pa s temi službami nimajo opravka. Mnenja, ki smo jih zabeležili, so, da so fer in korektne, da lahko posredujejo koristne informacije, kar je še zlasti pomembno na določenih točkah kariere (npr., ko si na cesti), ter da delujejo kot posredniki za dostop do drugih služb. Žal pa nimajo veliko možnosti. Uživalci zaznavajo socialne službe kot nekaj, kar naj bi jim pomagalo v socialnih stiskah. Zlasti bi jih potrebovali za to, da jim preskrbijo delo ali službo, kar pa je v dani ekonomski situaciji seveda težko. Tega se uživalci zavedajo in cenijo, da znajo socialne delavke včasih izkoristiti neformalne možnosti in zveze in jim zagotoviti vsaj kakšno delo (npr. honorarno delo pri privatniku, ki ga pozna). Ponekod, četudi ne pogosto, socialne službe organizirajo tudi nekatere spremljevalne oz. dopolnilne dejavnosti (npr. skupine za samopomoč svojcev), kar uživalci cenijo.

Nekaterim socialnim službam uživalci zamerijo, da delujejo preveč birokratsko, da naredijo le tisto, kar po svojem delavniku in službeni dolžnosti uradniško morajo, da se v resnici ne angažirajo in da so preveč odmaknjene in prezaposlene. Pri nekaterih socialnih delavcih so njihovi uporabniki opazili pohlep, da bi pomagali; so preveč vsiljivi, trudijo se dajati instant nasvete; so preveč neučakani in pričakujejo rezultate takoj. Pravijo tudi, da se včasih preveč pogovarjajo, da so v teh pogovorih pogosto netaktni (npr. opravijo delikaten pogovor pred starši, ne da bi si uporabnica to želela) in premalo pripravljeni narediti kaj konkretnega. Očitajo jim tudi nevednost, nepoznavanje sveta ljudi, ki se ukvarjajo z drogo, pa zaradi tega (npr., ko nanje pritisnejo starši) tudi preuranjeno in neustrezno ravnanje, nerodnost pri srečevanju s stigmo in včasih pesimizem glede izhoda obravnave.

Zaposlitev je pomembna dobrina, ki jo uživalci pričakujejo v sklopu pomoči; nekateri imajo tudi stike z lokalnim zavodom za zaposlovanje. In čeprav je glede na stopnjo nezaposlenosti le malo upanja, so v tej ustanovi opazili napredek pri obravnavi uživalcev. Pri tem so pomembni projekti kot Žarek in Diada, s katerimi so imeli nekateri sogovorniki dobre izkušnje. Pohvalili so tudi to, da jim pomagajo precej celostno.

Nevladne organizacije nizkega praga sta v Ljubljani dve. Stigma je starejša in že dolgo ugledna; uživalci so jo omenjali zlasti kot prostor nabave igel, nekdo pa tudi kot informacijski telefon. Veliko več so povedali o Drop-inu, ki deluje v okviru AIDS fundacije Robert, kjer je bil opravljen eden izmed intervjujev. Omenili so igle, zlasti pa so poudarili pomen, ki ga ima za njih prostor, kamor se lahko zatečejo (v tistem času samo enkrat na teden, a vsaj to), kjer dobijo hrano, jim je toplo, kjer se lahko pogovarjajo o stvareh, ki niso povezane z drogo, in kjer srečajo ljudi, ki jim je to več kot le služba. Všeč jim je tudi, da obstajajo pravila o prepovedi dilanja, saj jih to vsaj začasno razbremeni. Pomembno se jim zdi, da jih sprejemajo take, kot so, da so lahko anonimni in da od njih ne pričakujejo nič posebnega. Stigma in Drop-in sta sicer zelo lokalni, ljubljanski službi, vendar jo poznajo tudi drugod in ju navajajo kot primer ustreznih služb, kakršne bi potrebovali tudi doma (glej *Želje*).[22]

Center za pomoč mladim v Ljubljani in Jani Bras osebno sta bila v enem izmed intervjujev večkrat omenjena, ker sta imela sogovornika z njimi dobro izkušnjo. Zlasti sta bila zadovoljna s svetovanjem, ki sta ga bila deležna, in sta menila, da je kvalitetno svetovanje zelo pomembna sestavina pri odvajanju od heroina.

Nekaj sogovornikov je poudarilo pomembno vlogo, ki jo lahko imajo bivši uživalci pri odvajanju, rehabilitaciji ali pa sploh pomoči uživalcem. Oni namreč

dobro poznajo življenje na heroinu in njihov prispevek je ponavadi podcenjen.

POLICIJA IN ZAPOR

O zaporu, čeravno ga je nekaj naših sogovornikov izkusilo, ni bilo veliko besede. Le nekaj utrinkov. Kar zadeva pomoč uživalcem, je eden poročal (kot smo že zabeležili), da ga je ravno zapor spodbudil k obratu v karieri, drugi uživalci pa menijo, ravno narobe, da zapor ne pomaga in da je droga v zaporu zelo dostopna, včasih celo cenejša kot zunaj. Zabeležili smo tudi pohvalo strokovnim delavcem v zaporu in izkušnjo, da je na voljo metadon.

Veliko več so imeli sogovorniki povedati o policiji. Policijo dojemajo zlasti kot nasprotnika in menijo, da je ta zaznava vzajemna. Menijo, da se policaji delajo važne in pogosto usmerjajo energijo v napačne cilje. Uživalci imajo slabo mnenje o policiji, ker se bojijo pretepanja, strahovanja in zaničevanja. Bojijo se je tudi tisti, ki s policijo še niso imeli opraviti. Nekateri sogovorniki so bili drugače razpoloženi do policije, z njo niso imeli problemov in tudi ne stikov. Drugi očitajo policajem nevednost, uporabo stereotipov in to, da imajo negativno podobo o uživalcih, ker zanemarjajo okoliščine, ki so jih prisilile v kazniva dejanja. Iz tega izhajajo občasna dejanja policije, ki so skregana z logiko zmanjševanja škode in preprečevanja infekcije s HIV-om, namreč zaseganje sterilnega pribora in droge za osebno uporabo[23].

Konkretni problemi, ki jih občutijo nekateri uživalci, so, da jim policija ne da miru. Nadleguje jih povsod, legitimira na ulici, na ulici naredijo tudi osebno preiskavo. Nekatere si še posebej zapomnijo in jih vzamejo na piko. Taki postopki, združeni s poniževanjem, utrjujejo uživalce v vlogi kriminalca, jih stigmatizirajo pred drugimi in vzbujajo občutek preganjanosti, kot je na primer ta, da jih preganjajo, ker so na seznamu uporabnikov metadonskega programa.

Ker so uživalci praviloma nezaščiteni in nizkega statusa, si lahko policaji dovolijo marsikaj. Pretepi in zaničevalni postopki so več kot izjema. Poleg okuženostjo z negativnimi stereotipi temu botrujejo včasih tudi osebne zamere.

Vendar je nekaj naših sogovornikov menilo, da se odnos policije do uživalcev izboljšuje. Da nekateri policaji poskušajo pomagati uživalcem in so do njih korektni. Po mnenju nekaterih je to odvisno tudi od tega, kakšno držo zavzamejo v odnosu do policije sami uživalci. Dekletom je včasih lažje, saj odstopajo od stereotipov uživalk, včasih pa so deležne spolnega nadlegovanja.

Veliko sogovornikov je zastopalo tezo, da policija preganja predvsem kriminal, ne pa samega uživanja. Se pravi, da preganjajo prekupčevanje, vlome in tatvine. To jim včasih dajo tudi neposredno vedeti, s pristavkom, da bodo z njimi obračunali takrat, ko jih bodo ujeli pri dilanju ali kraji. Ta grožnja se včasih uresniči.

Eden od glavnih problemov je, kako dobiti priznanje od uživalca, saj ni v interesu uživalca, da bi ocinkal dilerja, od katerega je navsezadnje odvisen. Kot kaže, ponekod obdržijo uživalca do krize in takrat pove, da bi prišel do dovpa. Govori se, da včasih policaji sami ponudijo dovp v zameno za informacijo.

ŽELJE

Na splošno si uživalci želijo pestrosti ponudbe, tudi več ponudbe, da bi lahko izbrali čimbolje in brez prisile. Ker vidijo strokovnjake kot del mehanizma, ki jih postavlja na rob, bi radi, da jih obravnavajo tako, da ohranijo ali celo pridobijo dostojanstvo. Uživalci bi radi, da se spremeni pretog odnos služb do njih, da postanejo službe bolj fleksibilne. Potrebujejo tolerantnost in prijaznost, ne pa zajedljivosti. Od služb pričakujejo konkretno in praktično pomoč, ne pa moraliziranja. Vtis imajo, da ne dobijo drugega kot tisto, kar naj bi bilo v službi odvajanja. Od strokovnjakov dobijo vtis, da se z njimi ukvarjajo iz sebičnih interesov (npr. raziskave). Ocenjujejo, da so prostovoljci zato velikokrat bolj uspešni. Odnos, ki bi ga potrebovali, bi moral temeljiti na temeljnih človeških vrednotah — ljubezni in potrpežljivosti. Potrebujejo ljudi, ki bi jih

zares in brez predsodkov poslušali. Potrebovali bi spodbujanje, ustvarjanje novih priložnosti in pomoč pri spoznavanju sebe.

Želijo si, da bi bili deležni več timskega dela (npr. v socialnih službah); radi bi, da bi jim bile službe bolj dostopne – ne le v geografskem smislu, temveč tudi v smislu večjega sprejemanja in prijaznosti. Omenili so, da je v Sloveniji premalo komun, ob tem pa tudi programov reintegracije, kjer bi omogočili ljudem, ki so se spustili, da imajo kaj početi, da dobijo zaposlitev in da bi si lahko sami pomagali. Glede metadona si želijo, da bi bil urnik bolj fleksibilen ter da bi metadonski tretman spremljale tudi psihološke (svetovanje) in socialne vsebine (npr. stanovanje). Omenili so, da bi bilo koristno imeti več detoksikacijskih centrov. Predlagali so, da bi uživalcem delili protistrup za pomoč pri overdovzu.

Predlagali so, da bi bile igle brezplačne (npr. v lekarnah). Uživalci iz manjših krajev so povsem pogrešali to uslugo. Predlog je bil tudi, da bi imeli zdravstveni domovi človeka, ki bi se spoznal na uživanje drog, pri katerem bi lahko dobili igle in kondome in ki bi lahko spodbujal pravilne odgovore na stiske uživalcev in preventivne akcije. Bilo je nekaj predlogov za iglomate, še zlasti iz perifernih središč, saj bi to omogočilo razmeroma anonimen dostop do igel in odlaganje starih.

Potrebovali bi prostor za shajanje, nekaj, kar bi lahko bil v manjših krajih nekakšen mladinski klub, v večjih pa *drop-in*. Potrebovali bi tudi zatočišča za ljudi, ki se znajdejo na cesti. V intevjuvih sicer niso omenjali prostorov za varno uživanje, je pa bila ta tema večkrat izražena v skupinskih pogovorih. Nekdo je omenil tudi heroin na recept. Bilo je tudi nekaj predlogov za samopomoč, združevanje uživalcev, skupine, kjer bi se lahko pogovarjali tudi o drugih stvareh, ne le o drogah, ter izmenjevali izkušnje v zvezi življenjem, premagovanjem stisk ipd.

Veliko želj je bilo povezanih z zaposlovanjem. Kot kaže, je to ena od poglavitnih želja in potreb. Konkretno so predlagali javna dela za uživalce. Potrebovali bi tudi pomoč in spodbudo pri dokončanju šolanja in pridobivanju izobrazbe. Tudi prostočasovne dejavnosti so precej prazno področje: nekdo je predlagal obliko, ki bi bila podobna tabornikom. Opozorili pa so tudi, da je treba spremeniti odnos javnosti do uživanja in uživalcev, saj ravno ti odnosi določajo delovanje služb. Z večjo ozaveščenostjo bodo tudi reakcije okolja bolj benigne in ljudje se bodo ustrezneje odzivali na stiske uživalcev.

Zato so potrebne boljše preventivne akcije, saj je obstoječa preventiva neučinkovita, kar vedo tudi iz svojega okolja. Ljudem bi morali posredovati verodostojnejše informacije, saj napačne informacije zbujajo nezaupanje do sveta odraslih. Nekateri so videli najboljši način preventive v legalizaciji, denar od prodaje pa bi šel za stroške zdravljenja.

Lastnosti služb in strokovnjakov, ki bi jih uživalci želeli in ki jih nočejo

želijo	nočejo
Večjo in pestrejšo ponudbo	Prisile pri izbiri uslug
Fleksibilnost	Togosti, preveč pravil
Tolerantnost, prijaznost	Zajedljivosti
Konkretno in praktično pomoč	Moraliziranja
Angažiranje	Sebičnih interesov (raziskovalnih)
Poslušanje	Predsodkov
Spodbude, nove priložnosti	
Pomoč pri spoznavanju samega sebe	

Najbolj izražena želja oz. potreba je nedvomno zaposlovanje. Ta želja je tudi najmanj podrobno artikulirana, saj gre za splošno željo. Najbolj se konkretizira v predlogu javnih del za uživalce. Druga najpogosteje izražena želja so igle, ki, kot kaže, še vedno niso dovolj dostopne. Naslednji po vrsti so boljši odnosi, bolj angažiran odnos in različne spremembe delovanja zdravstvenih domov. Precej izražena je tudi potreba po prostoru, bodisi v obliki *drop-in* ali vrste kluba.

Značilnost želj uživalcev je, da so zelo realistične. Najbolj pride do izraza želja po večji blaginji in večji pogodbeni veljavi (zaposlitev), veliko želja jih je usmerjenih v zmanjševanje škode (dostopnost igel, prostori za varno uživanje), veliko je tudi povsem tehnično organizacijskih predlogov, ki izboljšajo dostopnost in učinkovitost služb; nekaj pa jih govori o izboljšanju odnosa strokovnjakov do uporabnikov njihovih storitev.

PRELIMINARNI SKLEPI IN USMERITVE ZA DELOVANJE

Na tem mestu smo predstavili del gradiva, ki smo ga pridobili in do neke točke obdelali v raziskavi. Raziskava še ni končana. V naslednji fazi imamo namen narediti dvoje. V podobo uživanja bomo vključili podatke, ki jih doslej nismo, ter nadaljevali analizo. Naša analiza, kot je bralec verjetno opazil, se je ustavila na povsem deskriptivni in interpretativni ravni. Poskušali smo povzeti gradivo, ga urediti, povedati zgodbe, ki smo jih slišali od naših sogovornikov. Če je to morda dovolj za sociološko paradigmo raziskovanja, je gotovo premalo za socialno delo, kjer morajo biti rezultati raziskovanja v službi konkretne akcije, ukrepov, ravnanja. V naslednjih mesecih imamo torej načrt dopolniti zemljevid in katalog, ki smo ju ustvarili, s kažipoti, itinererji in navodili za uporabo.

Vseeno pa lahko na podlagi vtisa in posameznih idej, ki so se nam utrnile ob obdelovanju podatkov, naredimo nekaj sklepov in nakažemo nekaj smernic za zmanjševanje škode, povezane z uživanjem drog.

Prva ugotovitev, ki nedvomno izhaja iz našega raziskovanja, je, da je pojem zmanjševanja škode neupravičeno omejen na zdravstvene posledice uživanja heroina. Socialne posledice so prav tako navzoče in pomembne pri načrtovanju strategij zmanjševanja škode. Izguba ali pomanjkanje stanovanja, službe, prijateljev, stikov s sorodniki, kot smo jih opisali, so gotovo zelo razdiralni učinki, ki se lahko pojavijo kot posledica ali vsaj spremljajoč pojav zasvojenosti s heroinom. Predvidevamo, da bi lahko ublažili posledice stigmatizacije in socialne izolacije po eni strani z ukrepi, ki bi pomenili pozitivno diskriminacijo, se pravi, ki bi v načelu izboljšali status uživalcev in izenačili njihove možnosti v primerjavi z drugimi (olajšan dostop do dela, stanovanja itn.), po drugi strani pa s konkretnimi ukrepi, namenjenimi uživalcem, ki se znajdejo v večji materialni stiski (uživalci so sami predlagali zatočišča za brezdomne uživalce, posebna javna dela ali delavnice, družabne prostore in druženje z normalnimi vrstniki). Taki ukrepi bi imeli večplasten učinek. Hkrati bi služili razredčevanju vloge zasvojenega uživalca, saj bi lahko prevzemal različne vloge in bi se zmanjševala dominantnost vloge uživalca, okrepila bi se mu materialna osnova preživetja in tudi samozavesti, oboje pa bi posledično zmanjševalo zdravstvena (okužbe, poškodbe) in socialna (obubožanje, kriminal, prostitucija) tveganja, ki jih prinašajo socialne posledice zasvojenosti. To bi na globalni ravni prispevalo k destigmatizaciji in degetoizaciji zasvojenih uživalcev in uživalcev nasploh.

Druga ugotovitev, ki jo lahko navedemo takole impresionistično, je, da je doslejšnje razumevanje uživanja heroina daleč preveč individualistično. Naši podatki nedvomno opozarjajo na paleto pojavov, ki so izrazito kolektivni (začetek uživanja, pravila, ki uravnavajo uživanje, cel kompleks trga in dilanja, vednosti o učinkih drog in tveganjih itn.). Skupinski ali bolje rečeno skupnostni vidik uživanja je pomembnejši pri začetnikih in eksperimentatorjih, medtem ko je pri »zrelih uživalcih« slog že bolj individualiziran, druženje pa atomizirano. Navade so oblikovane na individualni ravni in

Potrebe po različnih krajih

potreba	Mozirje	Ljubljana	M. Sobota	Grosuplje	Krško	Domžale	Trbovlje	S. Gradec	Celje	Kranj	*Mežica*	Logatec	Vipava	skupaj
Pomoč pri življenju		X motivacija								x				2
Bolj prijateljske odnose	X	x					X	X		x				5
Samopomoč	X	x												2
Komune	X	x									X			3
Zavod za zaposlovanje						X								1
Zdravstveni dom	X					X strokovnjak v ZD			X	X metadon ves dan	X			5
Detoks		x												1
Stanovanje										X				1
Zaposlovanje	X	X		X	X	X			X	X	X		X	9
Igle skupaj	X		X			X			X		X		x	6
Avtomat			X						X					2
Delitev igel						X							X	2
Brezplačne igle v lekarnah	X										X		X	3

Projekti, ki osmišljujejo življenje	x							X			2
Osveščenost, manj stigmatizacije	x							X		X	3
Prostor		X	X *drop-in*	X klub			X				4
Legalizacija		X									1
Preventiva izobražev.			Za mlade			X					2
Trda roka/ preventiva									X		1
Svetovanje pogovori	x					x					2
Varstvo podatkov					X						1
Socialne službe			X timsko delo			X				X	3

ponotranjene. Skupnostni vidik je zelo pomemben pri abstinentih, še zlasti povratnikih iz terapevtskih skupnosti. Prav pri začetnikih, eksperimentatorjih in kontroliranih rednih uživalcih smo ugotavljali, da imajo stike s službami in potrebo po konkretni strokovni pomoči za manjši ali vsaj manj pereč problem. Zato niso dostopni kot stranke. V tem je prednost skupnostnih in terenskih prijemov pred individualnimi in terapevtskimi. V tej smeri lahko predvidevamo nujen razvoj prijemov, ki bodo delovali med skupinami in mrežami uživalcev, ki bodo vplivali na njihovo kulturo, krepili njihove vrednote in prakse, ki zmanjšujejo tveganja. Konkretno imamo v mislih projekte, ki lahko zajamejo celo sosesko, ne samo uživalcev, temveč tudi druge pomembne akterje v skupnosti.

Tretja splošna ugotovitev je, da se pri tovrstnih intervencijah ne moremo zanašati na zgolj edukativne prijeme. Poučevanje in ozaveščanje, četudi poteka v skupnosti in na terenu, ni dovolj, če ukrepi ne vključujejo tudi konkretnih in stvarnih posegov, ki omogočijo drugačna ravnanja. Ugotovili smo namreč, da so okoliščine in situacije, v katerih se znajdejo uživalci, večkrat bolj odločilne za neko dejavnost ali ravnanje kot osebna motivacija in interes (npr. pri začetku uživanja, pa tudi pri prenehanju). Zato morajo biti intervencije usmerjene v konkretni in stvarni konktekst uživanja (npr. zagotovitev protistrupa za preprečevanje overdovza, zagotavljanje prostorov za družabne stike, zagotavljanje kondomov. Poleg že znanih ukrepov pri zmanjševanju škode (npr. varno injiciranje, sterilni pribor, prostori za varno uživanje) je treba posvetiti pozornost tudi krizi kot enemu od ključnih momentov v življenju zasvojenega uživalca. Zato je treba okrepiti naše razumevanje fenomena krize, o tem peljati dialog z uživalci, iskati načine manj tveganega ravnanja in upravljanja s krizo ter ponuditi povsem stvarne možnost za blaženje krize.

V raziskavi smo prišli tudi do konstrukcije pojma *temeljni nesporazum*. Ta pojem, ki ga je treba še bolje razdelati, je pomemben; z njegovo pomočjo lahko bolje razumemo razlike med različnimi vrstami ponudbe in načrtujemo odgovore na stiske uživalcev in na s tem povezane družbene probleme. Bistvo temeljnega nesporazuma je, da hočejo starši, strokovnjaki in drugi akterji pomagati takrat, ko uživalec noče, ali pa na povsem neustrezen način. V najboljšem primeru je trud zaman, v slabšem pa povzroči razočaranje in nezaupanje na obeh straneh, družinsko dramo, opustitev pomoči, drsenje v vlogo džankija in razdiralna vedenja. Zato je pri konstrukciji služb in načrtovanju posameznih ukrepov bistvenega pomena ugotoviti potrebe in želje uporabnikov in njihov življenjski kontekst ter »dozirati« pomoč, da bo ravno pravšnja in ustrezna. V tem smislu je treba gledati na službe nizkega in visokega praga kot komplementarne, še zlasti pa kot kontinuirane, se pravi, da je mogoč prehod iz enih v druge. Priznati moramo potrebnost in nezadostno razvitost služb nizkega praga ter jih razvijati s posluhom za konkretno stvarnost v okolju ter na individualne in kolektivne potrebe uživalcev. To pomeni, da je pri razvijanju teh služb izrednega pomena znanje iz raziskovanja in etnografije. Enako pomembno je, da so intervencije nizkega praga vedno tudi raziskovalne in narobe ter da izhajajo iz ocene potreb na terenu.

Opombe

[1] To bodo bralci gotovo opazili, saj bomo veliko ugotovitev začeli s frazami kot so: »Podatki kažejo.«, »Nekateri sogovorniki menijo.«, »Neki uživalec je doživel.« ipd.

[2] Umirjena zabava po *raveu.*

[3] Zanimiva bo primerjava med Metliko in Črnomljem, ki jo bo v kratkem obdelal Boštjan Matjašič v diplomski nalogi. Namreč, gre za zelo primerljiva kraja, kjer se je v enem pojavilo uživanje heroina, v drugem pa ne. Delovna hipoteza je, da se je to zgodilo deloma zaradi kulturnih vzrokov: Metlika ima še iz 80-tih let aktivno alter sceno, v Metliki je tudi zelo močna kultura uživanja trave, ki ima močne norme glede (ne)uživanja »trdih« drog; in čeprav sta obe mesteci podeželski z močnim kmečkim zaledjem, je Črnomelj zaradi rudnika Kanižarica bolj delavski, pa še rudnik je bil pred leti zaprt, kar je depresivno delovalo na Kanižarico kot predmestje Črnomlja.

[4] Opisana solidarnost seveda ni zgolj altruistična, včasih je celo izrazito preračunljiva.

[5] Gre torej — vsaj v tej skupini uživalcev — za upad seropozitvnosti za hepatitis C. Avtorici sta zabeležili 11,5% stopnjo serokonverzije pri seronegativnih uživalcih, ki sta jih spremljali več let.

[6] Po podatkih Inštituta za varovanje znanja in Ministrstva za notranje zadeve (Kerstin Petrič 1997).

[7] Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja se število sprejemov zaradi zastrupitev z drogami ni bistveno zvečalo v zadnjem desetljetju (Kerstin Petrič 1997).

[8] Socialna varnost je pomembna postavka tudi pri tistih, ki ne delajo. Kljub temu, da majhne socialne dajatve (otroški dodatek, pokojnine, denarne pomoči) niti približno ne zadoščajo za življenje na heroinu, marsikateremu uživalcu pomenijo bistveni temelj eksistence.

[9] Pogostost je ocenjena povsem arbitrarno glede na ocenjeno pogostost izjav v intervjujih in glede na poznavanje scene. Ocene so zgolj orientacijske.

[10] Konstrukcija heroina in droge nasploh kot vznemirljivega objekta je predvsem socialna — predvsem v dominantni kulturi, šele potem v subkulturi —, vznemirljiv fiziološki učinek je na zadnjem mestu.

[11] Lahko bi celo rekli, da je racionalizacija.

[12] Lahko bi tudi govorili o posebnem flešu oziroma občutku blaženosti in zapolnitve, ko se človek, ki je že v krizi, potolaži in ga preplavi toplota.

[13] Poleti jih skrivajo z dolgimi rokavi.

[14] To ni posebno diskriminativen znak, saj se praska veliko neuživalcev, uživalci pa le nekaj minut po intenzivnem flešu, potem pa ne več.

[15] Npr. nova srajca, fini čevlji, ura za 500 tisoč, hkrati pa umazane hlače in star povoj na roki. Diši pa po Armaniju.

[16] Bivši uživalci, ki abstinirajo, se umaknejo s scene in ne morejo biti model tistim, ki so še na njej.

[17] Seveda imajo tudi simbolično funkcijo, ki izhaja iz identitetnih zahtev.

[18] Stigma je imela 640 obiskovalcev, ki so opravili 3.823 obiskov v letu 1998, v letu 1999 pa so od januarja do konca junija zabeležili 1.804 obiskov. V tem času so izdali 34.785 igel, vrnjenih pa so dobili 16.406 rabljenih igel. Na AIDS fundaciji Robert so v dnevnem centru Drop-in zabeležili 1.340 obiskov od januarja do 23. septembra 1999, izdanih pa je bilo 2.752 igel.

[19] V Ljubljani so Stigmini terenski delavci v času od januarja do 30. 6. 1999 zabeležili 303 stikov z uživalci drog, razdelili pa so 4.150 igel.

[20] Ocena je arbitrarna in orientacijska.

[21] Podobno lahko sklepamo, da so identitetni premiki zaradi instrumentalnosti prostituiranja za drogo in dominiranja vloge džankija manjši, kot bi bili, če bi bile zadeve obrnjene, se pravi, če bi bila najprej prostitutka, ki se nato začela drogirati.

[22] Raziskava v intervjuvih ni zajela novega projekta, ki ga je deloma tudi sama spodbudila in poteka na Fužinah. Ta projekt vsebuje terensko delo, svetovanje in zamenjavo pribora. Več o tem projektu bomo poročali v elaboratu.

[23] Ta pripomba je letela na uniformirane policaje, kriminalisti so bolj ozaveščeni.

Literatura

Becker, H. S. (1953), On Becoming a Marihuana User. *American Journal of Sociology*, 59: 235-242.

– (1963), *Outsiders*. New York: Free Press.

– (1969), Social Bases of Drug-induced Experiences. V: A. R. Lindesmisth, A. L. Strauss, *Social Psychology*. New York: Holt, Rinehart and Winston (156-175).

Dekleva, B. (1998), *Droge med srednješolsko mladino v Ljubljani.* Ljubljana: Mestna občina, Urad za preprečevanje zasvojenosti in Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti.

– (1999), *Ekstazi in plesne droge.* Ljubljana: Društvo za razvijanje preventivnega in prostovoljnega dela, Pedagoška fakulteta.

Flaker, V., in sod. (1993), *Droge in nasilje.* Ljubljana: Mirovni inštitut (raziskovalno poročilo).

Glaser, G. B., A. Strauss (1967), *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.

Goffman, E. (1963), *Behaviour in Public Places*. New York: Free Press.

Kerstin Petrič, V. (1998), *Report on the Drug Situation in Slovenia in 1997.* Ljubljana: The Ministry of Health of Slovenia.

Kocmur, D. (1999), Onkraj vsega. *Gledališki list Drame SNG v Ljubljani k predstavi Trainspotting, Sezona 1998/99*, 12: 41-44.

Kocmur, D. (1999a), Projekt Stigma – retrospektiva. *Socialno delo*, ta številka.

Merdanović, Z. (1999), Društvo Stigma – Anketni vprašalnik – ocena zdravstvene službe z vidika uživalcev drog ter mnenje uživalcev drog o potrebi vzpostavitve socialne službe v metadonskih centrih. *1. Slovenska konferenca o odvisnosti, Ljubljana, 20.-22. maj 1999 – Povzetki:* 16.

Mesec, B. (1998), *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu.* Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Seme, K., M. Poljak, B. Čelan Lucu, T. Fras Stefan, (1999), Razširjenost okužb, povzročenih z virusi, prenosljivimi s krvjo, med ljubljanskimi odvisniki na nadomestnem zdravljenju z metadonom – pregled raziskav. *1. Slovenska konferenca o odvisnosti, Ljubljana, 20.-22. maj 1999 – Povzetki:* 19.

Stimson, G. V., C. Fitch, T. Rhodes (ur.) (1998), *The Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use*. Ženeva: World Health Organization – Programme on Substance Abuse.

P O R O Č I L A

PHARE – TA TO DDR

SUB-REGIONALNI PROJEKT NA PODROČJU ZMANJŠEVANJA ŠKODE

PHARE PROGRAMI NA PODROČJU DROG

Projekt »Tehnična pomoč pri programih zmanjševanja škode« je del obsežnejšega programa pomoči z naslovom »Boj proti drogam«, ki ga je podprla Evropska komisija. Program se je pričel izvajati januarja 1998, s ciljem krepitve strategij zmanjševanja povpraševanja po drogah v 13 državah partnericah programa Phare. Ta projekt naj bi vključenim državam pomagal pri pripravi, razvoju in izvajanju ustrezne politike, strategije in praktičnih programov na področju zmanjševanja povpraševanja po drogah in pri usklajevanju s prevladujočimi politikami do drog držav Evropske Unije. Usklajevanje politik do drog pa ne pomeni nekakšnega kopiranja programov držav EU. Dobra politika do drog neke države še ne pomeni enakih rezultatov v drugi državi. Obstajajo namreč različna epidemiološka dejstva v različnih evropskih deželah. Osnovni cilj programa Phare je pomoč Evropske Unije državam v tranziciji v procesu približevanja integraciji. Ostali cilji so: razvijanje preventivnih programov in programov zmanjševanja škode, spodbujanje regionalnega in evropskega sodelovanja in izmenjava izkušenj. Projekt bo trajal 22 mesecev, z možnostjo podaljšanja.

V Konzorciju, ki je program pripravil in ga strokovno spremlja, so naslednje institucije: Evropski center za socialno politiko in raziskave na Dunaju, Varšavski Institut za psihiatrijo in nevrologijo in Jelinekov institut v Amsterdamu. Kot pridružena organizacija Konzorcija sodeluje še Bolgarski center za zasvojenosti.

CILJI PROJEKTA »TEHNIČNA POMOČ PRI PROGRAMIH ZMANJŠEVANJA POVPRAŠEVANJA«

Neposredni cilji tega projekta so trije:

Razvijanje mrež izvajalcev. Prvi cilj projekta TA to DDR je krepitev mrež izvajalcev programov zmanjševanja povpraševanja po drogah na vseh nivojih. To pomeni praktično oblikovanje in ohranjanje formalnih odnosov med institucijami in že oblikovanimi mrežami na eni strani in mrež različnih strokovnjakov na drugi strani.

Razvoj strateškega planiranja na področju zmanjševanja povpraševanja po drogah. Drugi cilj je krepiti zbiranje in oblikovanje politično uporabnih priporočil in informacij s tega področja v predzdružitvenih prizadevanjih držav kandidatk za EU.

Celosten razvoj dejavnosti. Ta cilj se nanaša zlasti na različne programe usposabljanja na vseh nivojih in v vseh programih. Ocenjujemo, da bo več kot 150 ljudi v Sloveniji na tak ali drugačen način razširilo vednosti s tega področja.

Da bi dosegli vse zastavljene cilje, je nujno aktivno sodelovanje vseh ključnih akterjev oblikovanja politike do drog na nivoju Evrope, regij in posameznih držav. Štirje programski sklopi so bili ponujeni državam v programu Phare: Preventivni programi v skupnosti, Zmanjševanje škode, Zunajzdravstvene oblike pomoči in Inovativne izobraževalne metode na področju zmanjševanja povpraševanja.

Slovenija sodeluje samo v prvih dveh tematskih sklopih.

SUBREGIONALNI PROJEKT NA PODROČJU ZMANJŠEVANJA ŠKODE

Tri države so izrazile interes za sodelovanje v tem projektu: Češka, Makedonija in Slovenija. Te tri države so identificirale »problematično uživanja drog« kot možnost za sodelovanje in skupno iskanje rešitev.

Program, področja in faze dela smo razvili po metodi CNNP (Ciljno naravnano načrtovanje projektov). Na tem programu smo predstavniki teh držav intenzivno delali osem dni. Končni rezultat je časovno, vsebinsko in finančno precizno strukturiran *Strateški in operativni načrt*.

V procesu priprave tega programa in pozneje v procesu sodelovanja in spremljanja razvoja dela je v Sloveniji sodelovalo veliko sodelavcev iz najrazličnejših organizacij in institucij: univerz, sociale, zdravstva, šolstva, pravosodja, lokalnih skupnosti in nevladnih organizacij.

Pri pripravi končnega Strateškega in operativnega načrta je bilo formuliranih več možnih ciljev, ki bi jih lahko s tem projektom dosegli:

- raziskovanje (z raziskovanjem želimo doseči boljši uvid v potrebe uživalcev drog z vidika zmanjševanja škode),
- usposabljanje (povečati in izboljšati želimo znanja in veščine med različnimi ciljnimi skupinami),
- politična podpora (doseči želimo širšo skupnostno in politično podporo programom zmanjševanja škode),
- dokumentacija (z zbranimi naslovi člankov, knjig, raziskav, standardov ipd. želimo utemeljiti smotrnost in uporabnost programov zmanjševanja škode).

Na podlagi aktivnosti, ki izhajajo iz omenjenih ciljev, želi projekt prispevati k:

- povečanju vključenosti nevladnih organizacij na področju zmanjševanja škode,
- mrežnemu povezovanju izvajalcev na državnem in širšem regionalnem nivoju,
- povečanju števila nevladnih organizacij,
- izdelavi uporabnih orodij za monitoring in evalvacijo.

Glavni cilj projekta je prispevati k razvoju različnih programov zmanjševanja škode in k politični podpori zanje.

Namen projekta je izboljšati procese zbiranja podatkov, raziskovanja, usposabljanja in politične podpore v programih zmanjševanja škode.

KONKRETNE DEJAVNOSTI

Različne aktivnosti na področju zbiranja podatkov (dokumentacije), raziskovanja, izobraževanja in politične podpore potekajo že nekaj mesecev.

Z zbiranjem podatkov želimo oblikovati temelje za strateško načrtovanje programov zmanjševanja škode. Podatke zbiramo na treh področjih:

- pregled, analiza in izbor uporabnih gradiv, literature s področja zmanjševanja škode,
- izbor in analiza mednarodnih študij o »*cost benefit*« in »*cost effectiveness*«,
- zbiranje obstoječih standardov dela na področju zmanjševanja škode.

Raziskava nam bo omogočila vpogled v rizično vedenje uživalcev drog in v dejanske potrebe ciljnih skupin po programih zmanjševanja škode.

Z izobraževanjem želimo izboljšati in povečati veščine in znanja o prijemih zmanjševanja škode različnih profesionalnih skupin in služb. V različne programe usposabljanja želimo zajeti zlasti uživalce drog, delavce in prostovoljce v nizkopražnih programih, socialne delavce, delavce v zaporih, vzgojnih zavodih.

S »politično podporo« imenujemo dejavnosti, ki bi pripomogle h krepitvi pristopov zmanjševanja škode. To želimo doseči skoz srečanja (posvete) z odločujočimi akterji na področju kreiranja politike do drog. Na teh srečanjih bodo predstavljeni rezultati vseh štirih stebrov, ki sestavljajo projekt. Podatki bodo na voljo tudi medijem.

DOSEDANJI REZULTATI

Poleg rednih aktivnosti, ki potekajo vzporedno (zbiranje podatkov, raziskava, priprava programa izobraževanja za različne ciljne skupine), smo novembra 1998 v Porto-

rožu organizirali seminar na temo »Programi zmanjševanja škode v zaporih«. Posvet je bil regionalen. Udeležilo se ga je nad sedemdeset strokovnjakov iz osemnajstih držav. To priložnost smo izkoristili za temeljito predstavitev našega kazenskega in zaporniškega sistema.

INFORMACIJSKO DOKUMENTACIJSKI CENTER

Interes projekta Phare TA to DDR je, da bi se tudi po izteku programa in s tem financiranja določene dejavnosti nadaljevale. V ta namen je predvidena ustanovitev Informacijsko dokumentacijskega centra. Sprva naj bi bili le štirje tovrstni centri za vse sodelujoče države. Po številnih diskusijah in argumentacijah pa je bila sprejeta odločitev o formiranju teh centrov v vseh državah, ki sodelujejo v programu. V Sloveniji bo deloval v okviru Urada za droge.

PROGRAM *CATCHING UP*

Slovenija sodeluje (poleg v že omenjenih programih) še v programu, ki se imenuje *Catching up* in je namenjen pomoči novo sprejetim državam v program Phare. Slovenija pomaga BiH in Makedoniji.

SKLEP

Naše sodelovanje v programu »Tehnična pomoč pri programih zmanjševanja škode« je izredno pomembno iz več razlogov. Prvič, socialno varstvo se je skoz različna področja tega programa pričelo aktivneje vključevati v reševanje problematik, ki izhajajo iz uživanja nelegalnih drog. Visoka šola za socialno delo kot akumulator znanj s tega področja in Socialna zbornica Slovenije kot strokovno združenje na področju socialnega varstva sta nosilni instituciji projekta. Hkrati pomeni to sodelovanje tudi preverjanje prepletenosti koncepta zmanjševanja škode z načeli, metodami in oblikami socialnega dela.

Drugič, pomeni aktivno sodelovanje nevladnih organizacij, ki delujejo na področju uživanja drog. S tem se krepita vloga in pomen tega premalo cenjenega sektorja v družbi.

In ne nazadnje, sodelovanje v mednarodnem projektu je izvrsten način, kako ne samo prilagoditi oblike našega delovanja standardom in merilom Evropske Unije, temveč tudi predstaviti kvalitetne programe in ideje, ki so plod našega znanja, drugim deželam.

Jože Hren

1

V Nemčiji živi približno 7 milijonov pripadnikov etničnih manjšin. V velemestih je delež prebivalstva s tujo narodnostjo med 18 in 25%. Delež otrok in odraščajočih pa je bistveno višji in znaša do 35%. Večina jih pripada drugi oziroma celo tretji generaciji izseljencev, kar pomeni, da jih je večina rojenih v Nemčiji. Kljub temu pa nimajo možnosti, da bi poleg svojega državljanstva pridobili še nemškega. Dvojno državljanstvo Nemčija zavrača, razen v primeru, kadar je eden od staršev Nemec.

Ti mladi v državi, ki jih je sprejela in v kateri živijo, naletijo na več težav: na eni strani jih kultura družbe izobči, po drugi strani pa jih poskušajo starši vzgajati s tradicionalnimi, glede na spol specifičnimi in včasih rigidnimi metodami. Ta protislovna socializacija pomeni (dodatno) obremenitev, nastanek oziroma vzbujanje strahov (bojazni), poniževanje in v določenih okoliščinah pelje k razvoju labilne manjšinske identitete. Pri veliko mladih priseljencih opazimo nihanje med sovraštvom do samega sebe in nacionalističnimi in (ali) religioznimi (patološkimi) fantazijami (tako imenovana »reaktivna etičnost«).

Raziskave zadnjih let so pokazale, da so mladi tujega rodu ali etničnega izvora ali državljanstva v veliki meri ogroženi, da posežejo po mamilih in da so pogosto nagnjeni k prestopništvu, kar ima za posledico, da številčno prevladujejo v zavodih za prestajanje kazni.

Ta situacija sproža različne reakcije:

- odklanjajoče vedenje družbe, ki teži k njihovi marginalizaciji, jih potiska na družbeno obrobje in diskriminira,
- strožje ukrepanje pravosodnih organov proti tujcem,
- ustanove, ki izvajajo pomoč, neodločno in nemočno iščejo primerne načine pomoči tako na področju preventive kot tudi na področju socialnoterapevtskih dejavnosti.

Podrobneje želim predstaviti zadnji dve točki. Kvantiteta in kvaliteta dela z zasvojenci tuje narodnosti in njihovimi bližnjimi sta postali v zadnjih letih tako obsežni, da ju z možnostmi in ponudbami obstoječih ustanov pomoči odvisnim od mamil ni mogoče obvladati in omejiti.

2

Nemške delavce pri delu z mladostniki iz etničnih manjšin ovirajo tako jezik kot tudi kulturne meje, kjer gre za meje razumevanja. Tudi tujci so do nemških svetovalcev prej zadržani ali nezaupljivi, pri svojih svetovalcih in terapevtih pa čutijo več razumevanja.

Ta dejstva so bila povod za ustanovitev nekaj kulturno specifičnih ustanov. Tako deluje v Berlinu multikulturno društvo (Odak), ki je nosilec štirih ustanov. Vodje teh projektov so turške narodnosti, sodelavci pa so nemškega ali tudi drugega rodu. To društvo je interkulturno orientirano in zelo uspešno deluje že 18 let. Klienti te ambulantne ustanove so v 60% tujega porekla. Po statistiki iz leta 1995 jih je 33% rojenih že v Nemčiji. Eden od omenjenih projektov je terapevtska stanovanjska skupnost, ki lahko sprejme 22 mladih moških. Ti moški so iz islamskega kulturnega prostora, večinoma iz Turčije, pa tudi iz arabskih dežel. V Nürenbergu je bila leta 1995 ustanovljena druga terapevtsko stanovanjska skupnost, prav tako za mlade moške iz Turčije. Tudi to ustanovo vodi turški psiholog. Obe

stanovanjski skupnosti delujeta zelo uspešno in predstavljata primer kulturno specifične intervencije.

Ker obe stanovanjski skupini izločata druge narodnosti, na primer Nemce, ostajata v določenem merilu otoka in dolgoročno nista zgled integracije etničnih manjšin. Iz tega razloga se ne zavzemam neomejeno za te ustanove, kajti tak model vodi v getoiziranje.

Trenutno si prizadevamo, da bi v ustanove za pomoč odvisnikom kot sodelavce pritegnili tuje kolege, z namenom, da bi dosegli primerno ravnovesje med svetovalci in klienti, kakršno velja za nemške svetovalce. (V velemestih je to razmerje 1 proti 4 ali 3.)

Pri delu z zasvojenimi se zavzemam za multikulturne delavne skupine z interkulturnim načinom (konceptom) dela, kakršen je projekt »Priseljenci svetujejo priseljencem«. Njihova posebna strokovna usposobljenost za delovanje v dvokulturnem okolju ima veliko vrednost. Če je tim pripravljen zaposliti priseljence, bo veliko lažje pristopil k tujim mladim in njihovim družinam, ne da bi moral to tematiko posebej problematizirati. Žal se v praksi taki timi redko realizirajo.

Integracijo lahko uresničimo le, če v priseljencih ne vidimo povzročiteljev problemov in pomoči potrebnih ljudi, temveč tudi usposobljeno strokovno osebje, ki enakopravno prispeva k rešitvi obstoječih problemov. Pogoj za to pa je dejansko strokovno usposabljanje priseljencev. Z namenom, da bi dosegli ta cilj, smo leta 1992 začeli tedaj nov projekt »Izobraževalni tečaji za priseljence, ki delujejo kot svetovalci pri problemih z mamili«. Tečajev se lahko udeležujejo tudi nemški kolegi, ki delajo s priseljenci. Te tečaje vodiva skupaj z ženo, s katero sva tudi »dvokulturen« par.

Procesi te multikulturne skupine odsevajo dinamične procese v družbi. Tako se lahko vse strani izpopolnjujejo v interkulturnem dialogu in razumevanju različnih dimenzij migracij. Primer: izseljenec iz Kazahstana reče Nemcu, ki se mu nikdar ni bilo potrebno seliti: »Kako boš ti svetoval, ko ne poznaš občutka domotožja, kakšen je občutek domovine!«

Drugi projekt izhaja iz principa »Priseljenci poučujejo priseljence«. Že dve leti v Hanovru poteka dodatno strokovno izobraževanje oseb in skupin priseljencev, ki delujejo kot »spodbujevalci« na področju dela z zasvojenimi. Kot »ključne osebe« ali posredniki so dejavni v društvih priseljencev in imajo velik ugled. Posredujejo svoje znanje in svetujejo staršem pri vprašanjih vzgoje, kar je tudi pomembna oblika preventive.

3

V Münchnu poteka še en projekt – Centralni posredniški center za južne in jugovzhodne evropske države. Nemčija zasvojene z mamili izžene, če so obsojeni na zaporno kazen, višjo od 2 let. Izgon zahteva tudi v primeru, če že več let živijo v Nemčiji ali pa so tu celo rojeni. Kaj se zgodi z njimi, ko se vrnejo v »domovino« oziroma deželo njihovega izvora?

Stanje v zavodih za prestajanje zaporne kazni:

Niederschonenfeld	
Starost: 18-24 let	približno 300 zapornikov od tega 51% s tujim državljanstvom 50 jih ima stik s svetovalnico za zasvojence od tega 2/3 tujega porekla skoraj pri vseh izgon
Landsberg	
Starost: nad 24 let	približno 700 zapornikov od tega 60% s tujim državljanstvom 50 jih ima stik s svetovalnico za zasvojence od tega 20 tujega porekla 16-im grozi izgon

Delež ne-Nemcev pri osumljenih kaznivega dejanja zlorabe mamil v Münchnu:

Leto	število*	od tega ne-Nemci	%
1990	1825	544	29,8
1992	2825	875	34,6
1994	3807	1346	35,4
1996	4181	1482	35,4
1997	4734	1824	38,5

* Absolutno število vseh osumljenih kaznivega dejanja zlorabe mamil.

Priseljenci-sodelavci v ustanovah za pomoč zasvojenim (primerjava med mesti):

	Zah. Berlin	München	Hannover
število prebivalstva	3 miljoni	1.3 miljona	0,5 miljona
ne-Nemci	22%	24%	17-18%
svetovalci na področju mamil skupno	60	Približno 30	Približno 40
tuji svetovalci na področju mamil	9	1 svetovalec 1 ulični delavec	4 (Etnomedicinski center – interkulturna pomoč zasvojenim)

V državah, kamor se morajo vrniti, iščemo načine ustrezne oskrbe, ambulantne in stacionarne terapije, da bi se lahko izgnanci socialno in poklicno utrdili. To ne pomeni, da se strinjam s prakso izganjanja. Projekt smo začeli zato, da bi spremljali proces izgona z razvojem določene perspektive. V ta namen sem vzpostavil stik z različnimi terapevtskimi in svetovalnimi ustanovami v teh državah in tako poskušam ustvariti mrežo izvajalcev dejavnosti in programov na področju obravnavanja problemov zlorabe mamil. Pri nas trenutno še raziskujemo nujnost in potrebe po takih projektih, in Evropsko skupnost bomo lahko za financiranje teh projektov zaprosili šele po zaključku raziskav. Ob vsem tem pa upam na vzpostavitev stikov z ustanovami za zasvojene z mamili v Sloveniji, na Hrvaškem in v Bosni.

Miha Maček

10. MEDNARODNA KONFERENCA O ZMANJŠEVANJU ŠKODE, POVEZANE Z UŽIVANJEM DROG

Letošnja, že deseta mednarodna konferenca o zmanjševanju škode je potekala v Ženevi. Konferenco organizira mednarodno združenje za zmanjševanje škode IHRA s sedežem v Liverpoolu v Veliki Britaniji. Na povabilo nizozemske organizacije LSD (nacionalna organizacija uživalcev drog) sem se je prvič udeležila tudi sama in na njej skupaj s Theom van Damom, koordinatorjem omenjene organizacije, tudi aktivno sodelovala s prispevkom o sodelovanju med Nizozemsko in Slovenijo na področju spodbujanja samoorganiziranja uživalcev drog.

Konference se je udeležilo več kot 600 udeležencev iz vsega sveta in več kot polovica je tudi aktivno sodelovala z govornimi prispevki, na okroglih mizah, s posterji in drugače. Pet dni so potekale predstavitve praks, raziskav, politik in evalvacij. Fizično ni bilo mogoče prisostvovati vsemu dogajanju in temam, ki so se delile na različna področja ter bila urejena v vsebinske sklope. Ob upoštevanjem političnih, geografskih in kulturnih različnosti so bili skoz optiko zmanjševanja škode predstavljeni različni medicinski, socialni, politični, pravni in ekonomski vidiki uživanja dovoljenih in nedovoljenih drog. Teme so obsegale preventivo, politike in prakse zmanjševanja škode, promocijo javnega zdravja, prenosljive bolezni in predoziranja, vprašanja drog in spolnosti, lokalno in mednarodno povezovanje organizacij in posameznikov, »*cost effectiveness*« zmanjševanja škode, metadonsko substitucijsko zdravljenje, uživanje drog v zaporih, sodobne trende v uživanju drog, nekatere oblike obravnave odvisnosti, pri čemer sta imela poleg številnih strokovnjakov pomembno mesto perspektiva in pogled ljudi, ki droge uživajo.

Fleksibilnost koncepta zmanjševanja škode omogoča številne interpretacije tega prijema pri obravnavi drog in lahko pomeni na eni strani uvajanje različnih ukrepov, ki pomagajo uživalcem drog preživetje, na drugi strani pa je lahko zmanjševanje škode ideja politike do drog na globalnem in lokalnem nivoju. Sicer ne gre za dve, na nasprotna bregova segajoči interpretaciji, prej gre za različnost kontekstov, v katerih se interpretira en sam način. Distribucija in izmenjava igel in brizg je lahko metoda zmanjševanja okužb z virusom HIV in drugih s krvjo prenosljivih bolezni in omogoča večje nadzorovanje epidemij. Možnost substitucijskega zdravljenja lahko omogoči ljudem, ki uživajo droge, večjo dostopnost socialnih in zdravstvenih služb. Govor o pravicah uživalcev do različnih storitev in ukrepov pa pripelje koncept zmanjševanja škode v sfero političnega in etičnega. Varnejši prostori, kjer ni več najpomembnejša zahteva, da se preneha uživati droge, ampak je na prvem mestu vprašanje človekovih pravic in posameznikov boljši socialni in zdravstveni položaj, dajejo možnost, da se uporabniki organizirajo in bolje artikulirajo svoj položaj. Tako zagovor pravic uporabnikov načne družbeno, etično in moralno dilemo fenomena.

Na tako velikih konferencah, kjer se sreča veliko ljudi in je program zelo obsežen, kot je bil tokrat v Ženevi, je težko poglobljeno in natančno zasledovati odgovore na vsa vprašanja. Do veliko večjega izraza pa pridejo številčnost idej, praktičnih rešitev, teoretskih konceptov in argumentov za nekaj, kar ima skupen imenovalec v zmanjševanju škode. Na mednarodnih dogodkih, kot je bila ta konferenca, tudi jasneje izstopijo razlike, ki so povezane z družbenimi in političnimi razmerami. Upoštevaje različne pogoje in razmere nas ne more več čuditi, zakaj ima koncept zmanjševanja

škode tako različne obraze. Še posebej, če upoštevamo pragmatično naravo tega koncepta. Tako smo lahko na eni strani slišali, kako si v Rusiji prizadevajo za vzpostavitev izmenjave igel in brizg in se pri tem ne srečujejo le z dejstvom, da je posredovaje pribora nedovoljeno, ampak tudi z velikim pomanjkanjem sredstev, medtem ko se v Franciji vodijo akcije za legalizacijo drog. Medtem ko na Baliju policija fizično maltretira in nemalokrat tudi likvidira ne le uživalce drog, ampak tudi terenske delavce, ki z njimi delajo, policisti na Nizozemskem uživalcem, ki so bili nekaj ur priprti v zaporu, ob odhodu izročijo sterilen pribor za injiciranje. In spet, medtem ko se v nekaterih državah, zlasti v Srednji in Vzhodni Evropi, skoraj celotna dejavnost zmanjševanja škode opira na nevladne organizacije in prostovoljce, ki izgorevajo pri delu, spet druge države, zlasti zahodnoevropske, programe zmanjševanja škode urejajo sistemsko in v okviru lokalnih in nacionalnih programov, ki jih finančno podpira država. Medtem ko se v Južni Ameriki največ uživa kokain, čemur je potrebno prilagoditi tudi oblike zmanjševanja škode, pa se predvsem v azijskem svetu uživa zlasti opiate, kar spet zahteva razvoj drugačnih služb in storitev. V Braziliji so npr. odkrili, da je potem, ko je narasla uporaba cracka, odstotek izmenjanih igel rapidno padel, na ulicah je bilo več nasilja in opravljanje terenskega dela ni bilo več varno.

Z naštevanjem razlik ne želim le opozoriti nanje. Smisel v upoštevanju teh razlik vidim, ko gre za izmenjavo izkušenj in znanja, kot je opozoril kanadski uživalec: »Če bi v Montrealu upoštevali rezultate, ki smo jih v Torontu pridobili pri delu z mladoletnimi uživalci kokaina, potem bi lahko hitreje in uspešneje načrtovali delo, ko se je problem pojavil pri njih.« Pri upoštevanju razlik moramo upoštevati tudi vzroke in razloge za njihov obstoj, ki so tako kulturni kot politični. Zlasti ko gre za načrtovanje politik do drog, se ne moremo izogniti dejstvu, da se droge ne ozirajo na državne, nacionalne in politične meje in da trgovina z drogo dela iz sveta »majhno vas«. Dosedanji, pretežno represivni prijem pri obravnavi drog ni bil le neuspešen pri ravnanju, rezultat take politike je bil tudi poglabljanje razlik med revnimi državami, kjer so praviloma pridelovali droge, in bogatimi državami, ki so lahko pod parolo boja proti drogam vodile rasistične in diskriminatorne politike. Na sami konferenci je na to dejstvo opozoril govorec iz Bolivije. Zmanjševanje škode je koncept, ki prav zaradi svoje pragmatične narave upošteva raznolikost okolij in individualnost posameznika in je zato lahko uspešen in inovativen.

Zmanjševanje škode pa ima lahko tudi svojo kritiko; na konferenci je bilo več udeležencev, ki so poudarili, da lahko nekatere tehnike zmanjševanja škode, npr. izmenjava igel, izzvenijo v mehanicistično intervencijo. V nedogled ponavljan argument v prid programom zmanjševanja škode, da z njimi krotimo širjenje nalezljivih bolezni, je sicer sprejemljiva, hitro razumljiva in dovolj enostavna razlaga, vendar se lahko sprevrže v svoje nasprotje in samim uživalcem naredi še več škode, saj lahko postanejo v očeh javnost neskončen izvor bolezni in vsega slabega. Kritika, ki želi opozoriti na sprenevedanje v odnosu do drog, vidi ta prijem kot blažilec škode, ki je dejansko povzročena z vojno proti drogam, in razume zmanjševanje škode kot strategijo, ki naj bi tej vojni dala bolj human videz. Tako kritiko je zagovarjal Robert Haemmig iz Švice, ki pravi, da ostaja petnajst let po tistem, ko se je v osemdesetih zmanjševanje škode razvilo kot odgovor na prohibicionistično politiko in škodo, ki jo je uživalcem in njihovim družinam povzročala taka politika, in po tem, ko je postalo zmanjševanje škode integrirano v nacionalne politike do drog, sama norost prohibicionistične politike nespremenjena. Če konfrontiramo ideje pionirjev zmanjševanja škode s politično sprejetimi koncepti tega pristopa, se soočimo s popolnoma različnim odnosom. Medtem ko je bila originalna ideja kritika sistema, antiprohibicionizem, sprejemanje uživalcev drog in javno zdravje, je cilj današnjega političnega koncepta zmanjševanja škode v ohranitvi sistema, podpori prohibiciji, pedagoškem odnosu do uživalcev drog in javnem redu. Če je bila v osnovi zamisel zmanjševanja škode orientirana na uporabnika, je danes orientirana na institucije.

Zato je še toliko bolj pomembno, da se različna uporabniška gibanja in uporabniške organizacije povezujejo, in tiste, ki že obstajajo, pomagajo novim skupinam, da se vzpostavijo in preživijo. Na konferenci je bil en večer rezerviran za sestanek mednarodne mreže uporabniških organizacij, na katerem se je izkazalo, da so v organizacijskem odboru konference »zaradi olajšanja dela« dva predstavnika uporabniških organizacij, ki naj bi sodelovala pri programu naslednje konference, kar »določili« in niso dali priložnosti mreži uživalskih organizacij, da bi svoje predstavnike demokratično izvolila. To se je potem uredilo. Sicer pa so imeli uživalci drog v okviru konference na voljo precej časa in prostora. Zame je bilo odkritje, da v Kanadi delujejo dobro organizirane uporabniške organizacije, ki imajo tudi pomembno mednarodno vlogo. Tudi v Avstraliji obstaja tradicija združevanja, trenutno pa se soočajo s krizo, ki je posledica večje represije. V Evropi so poleg nizozemskih in angleških uporabniških organizacij zelo aktivni tudi v Franciji, na Danskem in v Nemčiji. Nekakšna rdeča nit teh različnih organizacij je, da so vse angažirane na področju zmanjševanja škode, ki jim očitno daje dobro izhodišče za aktivistično delo.

Naslednja konferenca, enajsta po vrsti, bo prihodnje leto na britanskem otoku Jerseyu in bo potekala od 9. do 13. aprila 2000. Na propagandnih mapah, ki vabijo k udeležbi na naslednjo konferenco, je bil tudi naslov ustrezne strani na internetu: <www.jersey2000.co.je>.

Ena od misli, ki so bile izražene prvi dan konference, je bila, da je v svetu vedno več migracij prebivalstva, tako prostovoljnih kot prisilnih, slabšanje življenjskih pogojev in revščina nekaterih skupin ljudi se večata in med temi ljudmi jih je veliko, ki so kot uživalci drog (legalnih in ilegalnih) izpostavljeni še večjim pritiskom in tveganjam. Na neki način je ta misel doživela epilog zadnji dan konference, ki je bil zaznamovan s pričetkom NATO-vega bombandiranja Srbije, kar je čez noč sprožilo val beguncev, ki so v trenutku ostali brez vsega. Vprašanje uživanja drog v vojni je tema, na katero na deseti mednarodni konferenci o drogah nihče ni računal in se nanjo pripravil.

Vera Grebenc

OUTREACH PO SLOVENSKO

DELO Z OSEBAMI UPORABNIKI DROG V NJIHOVEM ŽIVLJENSKEM OKOLJU

Osnovna filozofija tako imenovanih nizkopražnih programov na področju drog je ohranjati uporabniku drog zdravje na tistem nivoju, kot ga je imel pred uporabo droge ali ob stiku s programom, in stalno ohranjati nizke zahteve do uporabnikov programa pri vstopu v program. Vsi ti programi so v nenehni nevarnosti, da vpeljujejo nove pogoje za sprejem v program in s tem počasi izgubljajo značaj nizkopražnega programa. Ravno zaradi nizkega praga, čez katerega uporabnik drog z lahkoto vstopi v program, so ti programi tako pomembni, saj ponujajo pomoč tisti skupini uporabnikov, ki bi morda prišla v programe šele čez 3 ali 4 leta.

Globoko v sebi pa imajo ti programi predvsem mnogo človečnosti, saj se sklanjajo k tisti populaciji, ki je navadno od ljudi najbolj zavržena in je danes na obrobju družbenega telesa. Ti programi so presekali dolgoletno tradicijo stroke, ki je za vstop v programe zdravljenja odvisnosti postavljala vrsto ovir (želja po prenehanju jemanja drog itn.). Na ta način so se vzpostavili programi, ki pomagajo tudi tistim ljudem, ki trenutno zaradi različnih razlogov še ne morejo ali tudi nočejo nehati uporabljati droge. Ljudje, ki delajo v teh programih, tako strokovnjaki kot prostovoljci in seveda tudi uporabniki drog, morajo biti veliki altruisti, kajti pozabiti morajo na velike uspehe in na slavo. Tudi finančno so ta dela zelo slabo ovrednotena. V nasprotju z lepimi in lepo opremljenimi klinikami delajo ljudje na terenu med osebami, odvisnimi od drog, pogosto v nemogočih razmerah, brez najosnovnejših pripomočkov in z malo znanja s tega področja, kajti v Sloveniji si ga preprosto ni kje pridobiti.

Ko sem začel delati z osebami, odvisnimi od drog, sem začel tu med njimi dobesedno v »luknjah«, v katerih drugi ljudje ne bi živeli. Samo taka mesta so še ostala zanje, za »izmečke« slovenskega naroda, ki so bili na najnižjem klinu svoje življenjske lestvice in zadovoljni tudi s tem, ker drugega niso mogli dobiti. Nekje človek pač mora živeti in preživeti svoje življenje. In tu so imeli svoj mir vsaj takrat, ko so si pripravljali in v žilo spustili opojno tekočino in za kratek čas pozabili vse krivice, strahove in neuspehe v svojem kratkem življenju. Nekako domače so se počutili v teh prostorih, ki so bili pravo nasprotje nekaterim razkošnim hišam, kjer so živeli prej in se sedaj le občasno vračali tja, kajti tam niso bili več zaželeni zaradi sramote, ki so jo naredili družini, in zaradi bolečine, ki je zarezala globoko razpoko med generacije. Tu, med njimi, sem se učil prvih korakov dela z osebami, odvisnimi od drog.

Spominjam se kar nekaj takih lukenj, v katerih sem bil sprva v letu 1991 le nemi opazovalec, ki ni mogel verjeti svojim očem in ušesom, ki ni mogel dojeti, kako nizko lahko pade človek in tudi ljudje okoli njega, ki dopustijo, da njihov sosed, sošolec, prijatelj, otrok konča v taki luknji. In ljudje na cesti so bili brezbrižni. Starši otroka, odvisnega od drog, se niso hoteli odpreti, kajti to je bil tudi zanje velik poraz, ki je lahko imel velike posledice na delovnem mestu. Tisti pa, ki niso imeli podobnih razmer v družini, so nekako zviška gledali one tam. Tako nekako: »Ste si pač sami krivi, če imate takega otroka, kaj ste pa delali, več bi naredili zanj, pa ne bi bil narkoman. Poglejte našega, ki študira in je priden.« Tudi ti so prišli pozneje v naše prostore, kjer smo delali prve korake na področju metadonskega programa v Sloveniji. Tedaj so obmolknili, a so bili že na drugi strani reke, kjer so se pridružili staršem, ki so z veliko bolečino sprejemali bolezen svojih otrok.

Na začetku sem se zelo bal odhodov na teren, bal sem se, kaj se vse se lahko zgodi tokrat, kaj, če mi nekdo umre, kaj bo, če se okužim z AIDSom ali hepatitisom. Poln sem bil raznih predsodkov, ki so bili del takratne slovenske družbe in so se prijeli tudi mene, čeprav sem se jih vztrajno otepal na vse načine. Le s skrajnimi napori sem premagoval svoj ego, da me ni odpeljal tja, kjer je vsega v izobilju in kjer lahko na paciente čakaš lepo v beli halji v lepo urejenih prostorih in si gospod v pravem pomenu besede, če se primerjaš s tem, kar sem sam počel v pisarni sredi Kopra, na robu divjega parkirišča, kjer ni bilo niti tekoče vode in nobene medicinske opreme, ki sodi v zdravniško ambulanto.

Praviloma so bile luknje, v katerih sem jih obiskoval, opuščene sobe, kletni prostori ali celo prostori v hišah, ki so bile na pol ruševine. Nihče več ni živel v teh prostorih in včasih se je s truščem zrušil del stropa ali del strehe ali stavbe. Elektriko so v večini primerov že zdavnaj odklopili. Vodo pa so prišli zapreti iz Rižanskega vodovoda, ker nihče ni plačal računov. Vsa civilizacija je odšla z starimi stanovalci, ki so za seboj pustili le gole stene. Novi stanovalci, osebe, odvisne od drog, niso bile deležne dobrin sodobne civilizacije. Dostikrat sem imel za trenutek celo občutek, da je ne potrebujejo. Živeli so nekje na obrobju družbe, nerazumljeni od svoje civilizirane okolice, izven civilizacije, v svojem času, ki je tekel bolj počasi in se ni oziral na življenjski vrvež, ki se je z nezmanjšano hitrostjo odvijal onkraj starih zidov.

Pa vendar to ni motilo poslednjih prebivalcev teh hiš, saj jih je heroin popeljal daleč od realnosti, tja, kjer se očitno tudi ta za nas očitna beda izniči in utopi v ponavljajočem neskončnem heroinskem potovanju in opoju, ko se ustavi čas, ko izginejo skrbi in telo po izjavah uporabnikov drog preplavi čudovit občutek. V teh prostorih ni bilo tekoče vode in tudi sanitarij ne. Na hodniku je bil nekje postavljen velik črn sod, napolnjen skoraj do vrha z umazano vodo, in po njej so plavali tudi ostanki hrane in druge snovi. Vonj, ki se je širil iz te posode v kotu hodnika, očitno ni motil začasnih stanovalcev, saj so imeli pomembnejše delo. Tudi pohištva navadno ni bilo v teh prostorih. Pravo razkošje je bilo že to, če so imeli star, oguljen in močno načet kavč ali celo nekaj stolov in mizo, vse iz nekega drugega časa, ki je že davno minil in se je ohranil le v koščkih še v našem trenutku časa.

Sveča je bila zelo pomemben del teh sob, nekakšna tiha spremljevalka. Kot nekakšen simbol je bila. Kamorkoli sem prišel, so imeli na mizi obvezno tudi svečo. Dajala je skrivnostno svetlobo, ki je nenehoma trepetala, kot srca teh mladih ljudi, med katerimi sem se znašel, in risala sence na prazne stene, kjer so se v obliki svetlejših in temnejših predelov stene sem ter tja še videli sledovi slik, omar in druge opreme, ki je bila nekoč sestavni del prostora. Sveča pa je bila tudi dragoceni vir energije. Vsake toliko časa je shujšana roka približa svojo žlico k plamenu, mu ukradla del energije in čakala, da se skuha šut v navadno že kar dobro obrabljeni žlici.

In čeprav sem se sprva zelo bal, da me ne bodo sprejeli medse, so me. Molče, kljub moji prisotnosti so nekateri z dobro izdelanimi kretnjami nadaljevali svoj vsakodnevni obred injiciranja droge. Nekatere sem poznal, druge sem videl prvikrat v življenju. Nekaterih sem se spomnil iz dežurne ambulante, kjer sem delal kot dežurni zdravnik; prihajali so sredi noči zaradi različnih težav, in meni tedaj še na misel ni prišlo, da bi to lahko bile osebe, odvisne od drog. Vsi so bili zatopljeni v svoje delo ali pa v svoje pogovore. Tudi glasovi so bili tu popolnoma drugačni kot zunaj v vsakdanjem življenju. Tu se je življenje odvijalo nekako bolj potihem in počasneje. Nekateri so mi za trenutek poslali radoveden pogled in nadaljevali svoje delo. Drugi so bili »*stoned*« in zanje preprosto nisem obstajal.

Čuden občutek sem imel, kot da sem v zgodovini stopil nazaj v srednji vek, kjer ni bilo razkošja luči in tehnik naše civilizacije. In vse to se je dogajalo sredi lepega, razkošnega sončnega pomladnega dne na slovenski Obali. Zunaj je bilo življenje, vrvež, tam notri pa mir in spokojna tišina in vonj po sveči in znoju. V eni izmed velikih steklenic kokakole je bila voda, verjetno že kar nekaj dni. Prinašali so si jo iz bližnje gostilne, kjer

so veselo klepetali turisti in se opijali s tukajšnjim vinom. Niti opazili niso mladeniča, ki je na hitro smuknil v stranišče, napolnil steklenico kokakole in jo odnesel tja, kjer ni več civilizacije. Stranišče v prijetni gostilni je bilo za nekatere občasne stanovalce tistih prostorov edini vir pitne vode. Nekateri so v tistem prostoru tudi prespali, saj niso imeli kam. Nekaterim so starši zapli vrata, baje so staršem tako svetovali nekateri strokovnjaki, in tako so ostali njihovi otroci na cesti med nebom in zemljo. Še dobro, da so imeli luknjo, ki jih je varovala pred vremenskimi nevšečnostmi.

Sem ter tja so se našle v sobi steklenice od piva, vina in drugih alkoholnih pijač in ostanki kovinske embalaže različnih zdravil. Ob sveči na mizi je bila navadno vrsta predmetov, ki sodijo v pribor za injiciranje drog. Med njimi je bilo več različnih brizgalk in večina igel je bila okrvavljenih. Nekatere so že čisto izgubile ostrino, saj so že tolikokrat prebodle žile, da se je tudi jeklo že utrudilo. Nihče ni pazil, katero iglo bo vzel, saj so bili neuki o AIDSu. Hepatitisa C pa tedaj tako ali tako še nismo poznali. Pomembno je bilo le, da so vzeli med slabimi iglami najboljšo iglo, s katero so najlažje našli žilo in potešili slo po drogi. Nekateri so znali iglo tudi naostriti. Tudi nekaj za posebne namene prirejenih žlic, ki so jih prinesli s svojih bivših domov ali celo iz bližnjih lokalov, je bilo na mizi. Žlice so imele različne oblike, ležale so na mizi kot davno pozabljen jedilni pribor, zbran iz vseh vetrov. Vse so bile že počrnele od dima. V krogu so si molče podajali igle in le sem ter tja je kdo zarobantil, ker mu je zopet zbežala žila. Ko je bila brizgalka prazna, so napolnili novo, drugo, ki je zopet potovala, dokler niso omahnili v stanje mirovanja.

Tedaj se je v meni oglasil strah, nisem vedel, kaj naj naredim, bil sem brez izkušenj, prvič v življenju sem se znašel daleč od ambulante, brez bele halje in brez medicinske sestre in dobre medicinske opreme. V žepu sem stiskal ampulo narkana. Nisem vedel, ali naj ga uporabim ali ne. Za mene je bilo vse to vse preveč novo, nepojmljivo. Med študijem me ni nihče nikoli učil o tem; ostal sem sam s svojim skromnim znanjem nasproti kruti relnosti njihovega in našega vsakdana, ki ga mnogi niso hoteli videti. V drugem žepu sem imel polno brizgalko narkana, če bi bilo treba posredovati. Pozneje in še danes dajem narkan starejšim odvisnikom, ki sem jim pojasnil, kako deluje, in mnogim sem na ta način rešil življenje. Moj spremljevalec, tudi oseba, odvisna od drog, me je pomiril. »Pusti jih v miru,« je rekel, »vse je v mejah normale.« Po kratkem premolku je tiho dodal: »Sedaj jim je lepo, so v drugem svetu, kjer ni težav, odklopili so se za kratek čas od koprskega vsakdana. Stondirani so.« Po igli in roki mu je polzela lastna kri, ni še uspel najti žile. Loteval se ga je nemir. Tokrat potrebuje samo toliko, da bo potešil slo po drogi, saj mora biti moj vodič, ker sva se tako dogovorila. Ponovno si je zategnil pas in zopet je začel vse od začetka. Bil je zadnji na vrsti. Pred njim sta si z isto iglo dala heroin že dva odvisnika. Nemo sem opazoval vse to. Nisem vedel ne kako in ne kaj naj naredim, a vedel sem, da bom moral nekaj narediti, ko bom zapustil to luknjo. Tudi moj spremljevalec je končno našel žilo. Za nekaj minut se je umiril.

Sedaj sem imel čas, da sem še enkrat s pogledom objel ves prostor. Na tleh sem opazil še nekaj belih papirčkov in tudi čisto navadnih koščkov časopisa, ki so bili še pred kratkim embalaža za heroin. V kotu je tiho obležal *stoned* mladenič, ki verjetno ni imel niti 17 let. Higiena, o njej sploh nisem smel misliti v tem trenutku, sicer bi moral takoj zapustil ta prostor. Okno je bilo zaprto in tudi škure so bile zaprte. Zunaj je sijalo sonce, v sobi notri pa polmrak v soju sveče, ki je neutrudno gorela naprej in napolnjevala prostor s srednjeveško svetlobo in dajala čuden čar vsemu dogajanju. Izredno tesno mi je bilo pri srcu.

Počasi so se začeli prebujati iz polsna in tedaj je prišel moj trenutek. Poslušal sem jih in molče prenašal vse grde besede, ki so bile namenjene nam, ki živimo tam zunaj na soncu, civilizaciji, ki brezglavo drvi v prihodnost. Pa o policiji, ki jih nenehoma preganja. O zdravnikih, ki jim ponoči nočejo dati metadona, in lekarni, ki jim noče dajati novih igel. In tako naprej. Trajalo je več kot uro, ko sem počasi začel tudi jaz spraševati, ko sem nekako izgubil strah

pred temi ljudmi, ko smo postali bolj domači, ko smo začutili, da si lahko drug drugemu tudi nekaj damo. Takrat sem prvič v življenju predaval o AIDSu, o hepatitisu in o zaščiti pred okužbo tam, kjer je bilo to res potrebno. In moram priznati, da so me veliko bolj poslušali kot ljudje na predavanjih. Iz žepa sem potegnil več kot 20 sterilnih igel in jih položil na mizo. Niso mogli verjeti. »Tudi čudeži se dogajajo,« je rekel nekdo.

Kupil sem brizge in jih imel od tedaj v pisarni in jih delil. Oni so zbirali rabljene v velike steklenice kokakole in jih prinašali v mojo pisarno na Zavodu za zdravstveno varstvo. Da, v pisarno, saj ambulante za osebe, odvisne od drog, tedaj sploh nisem imel. Drugi sodelavci so se držali za glavo, niso mogli razumeti mojega početja. Tega tudi nisem zahteval od njih, upal sem le, da jim ne bo nekega dne prišlo vse vrh glave, da bom nosil vse posledice svojih dejanj in da bom moral zapustiti kolektiv. Na hodnikih zavoda in pred mojo pisarno so začeli moji obiskovalci srečevati tudi svoje sosede, tedaj so tudi oni spremenili svoj odnos. V našem priročnem skladišču se je kar kmalu nabralo za dva zaboja steklenic polnih igel, katere smo sežgali v posebni napravi.

Prihajali so k meni v pisarno in jaz sem jih obiskoval v mračnih sobah, v prikolicah in parkih in pred gostilnami. Ustavljali so me na cesti, popili smo skupaj nešteto kokakol in drugih pijač v različnih bifejih, ko sem se z njimi pogovarjal o njihovih problemih in jim svetoval po svojih močeh. Dobili so metadon, na recept, takrat še nismo poznali pitja metadona v centrih. Počasi so opuščali uporabo heroina. Razdelili smo jim preventivni material, kjer smo jih učili, kako naj se varno fiksajo. Veliko noči nisem spal, ko sem predpisoval metadon. Moje znanje o metadonu je bilo šibko, a vedel sem, da moram to delo nadaljevati, ne zaradi sebe, predvsem zaradi njih. Kolegi zdravniki po vsej Sloveniji so bili razen redkih izjem veliki nasprotniki metadona, in tako je med nami nastala tiha razpoka, ki se še danes pozna v naših odnosih. Tudi sam sem postal nekakšno obrobje medicine, tako kot so bili moji pacienti obrobje družbe. Priznati moram, da me je to večkrat zelo bolelo, a je iz mene naredilo še bolj trmastega borca za pravice oseb, odvisnih od drog.

Vse bolj poredko so hodili po igle tisti, ki so mi omogočili prvo izkušnjo na terenskem delu. Osebe, odvisne od drog, iz moje prve mračne luknje so se počasi navadile na metadon in pozneje jim je tudi ta postal odveč. Zaposlili so se že tedaj, ko so bili na metadonu, dobili so samozavest, si priborili nazaj samospoštovanje, postali zopet sposobni reči ne in se spopasti z vsakdanjimi težavami, in danes jih večina dela in skrbi zase, nekateri tudi za svoje otroke. Da, skupaj smo se veselili ob rojstvu njihovih otrok, ki so mnogo pripomogli k temu, da so starši postajali vse bolj svobodni.

Danes nekateri strokovnjaki, ki so prihajali k nam le tedaj, ko so potrebovali podatke, pravijo temu *outreach*; o tem, kar smo delali, so brali, to so videli v tujini. Postali smo zanimivi za njihove raziskave, kajti svet je ugotovil, da se je treba vrniti k človeku v stiski in mu pomagati. Ko so prikazovali podatke, ki smo jih največkrat zbirali mi, so se nas včasih celo spomnili. Rekli so nam, da je to *outreach*. Mi zdravniki, socialni delavci, defektologi in prostovoljci, ki smo to izvajali veliko prej, ko nas tega še ni učila tujina in ko tudi njih ni bilo na spregled, pa pravimo, da je to preprosto pomoč sočloveku, pomoč tistemu, ki je v stiski zaradi uporabe in zlorabe drog. To je naš izvirni prijem, ki ga je treba upoštevati, kajti naš človek ni Anglež ali Nizozemec ali Američan in še manj le zanimiv primerek za raziskovalce.

Tako pomoč so poznale vse civilizacije in vsi narodi. Danes je vse pomembnejša pomoč tem ljudem, ker se ostalo prebivalstvo boji, da jih bo AIDS dosegel ravno prek njih. Zelo me moti, če se pomoč tem ljudem in terensko delo utemeljuje z nevarnostjo pred infekcijo s HIV. Komu pomagamo na ta način? Seveda sebi; njih puščamo na ta način še vedno v tistih luknjah, kjer sem jih našel prvič, le da jim dajemo čiste igle in kondome, da ne bi okužili ljudi tam zunaj na soncu. S takim prijemom jih samo še bolj marginaliziramo in ljudje se jih samo še bolj bojijo; na tak način se samo še priliva olje na ogenj nestrpnosti.

V tem času pa se je v luknjah zamenjala

generacija in sedaj so med njimi veliko bolj mladi, tudi taki, ki še ne potrebujejo brivskega aparata.

Zakaj ne bi za začetek začeli s človekovimi pravicami, saj so vendar ljudje, tako kot mi, ki ne uporabljamo drog. Ne spomnim se, da bi jim kdo odvzel to pravico, če se jo sploh lahko vzame. Imajo pravico do pomoči in pravico človeka do zdravljenja tudi bolezni odvisnosti, tako kot imajo drugi pravico do zdravljenja raka na pljučih. To pravico imajo zagotovljeno tudi po ustavi in vseh naših zakonih, ki obravnavajo področje zdravljenja.

Pustimo AIDS in druge virusne bolezni za nekaj trenutkov na miru. Zakaj jim ne bi dali nazaj zopet človeškega obraza, ki jim nedvomno pripada, in jih sprejeli nazaj medse kot ljudi, potrebne pomoči, in jih obravnavali kot enakovredne sogovornike, kot soorganizatorje programov zdravljenja odvisnosti. Ali nismo sedaj mi na vrsti, da jih povabimo nazaj medse in se jim opravičimo za odnos do njih, ki nam ni bil ravno v čast. In dajmo jim možnosti zdravljenja, saj so bolniki z enakimi pravicami in dolžnostmi, kot jih imajo ostali bolniki in jih bomo imeli tudi mi, ko zbolimo. Tu se začne program *outreach*.

Tam notri v luknji, ki se počutijo odpisane in hkrati srečne v svoji bedi, pa ne potrebujejo naše zlagane pomoči, ki je bolj usmerjena v zaščito nas samih kot v rešitev oseb, odvisnih od drog, iz njihovega nezavidljivega položaja. Potrebujejo človeški odnos, toplo človeško besedo, ki ji bodo zaupali in s pomočjo katere si bodo lahko utrli pot tudi iz heroina in si povrnili zaupanje vase. Potrebujejo programe in zlasti ljudi, ki bodo znali pristopiti k njim, ki so trenutno na eni najnižjih stopnic v svojem življenju. Podaš mu roko, ki si je je že dolgo želel. Potrebuje tebe in ne ankete znanstvenika ali pompoznega zapisa novinarja. Potrebuje koga, ki mu lahko pove, kako »zajeban« je ta svet, kako ni nič vrednega na tem svetu, kako je vse črno in brezizhodno razen heroina, ki mu občasno presvetli bedo, v kateri živi. Potrebujejo koga, ki jim zna povedati, da bo tudi v te luknje posijalo sonce, in oni mu zaupajo, ker vedo, da mu lahko zaupajo, ker bo zanje naredil veliko, četudi bo statistični podatek veleval, da se ne splača, čeprav za svoje delo ne bo dobro plačan, a bo bogato poplačan s tistim, česar pogosto ne najdeš med tistimi, ki ne uporabljajo droge: hvaležnost in zadovoljstvo z majhnimi stvarmi, ki prinesejo žarek upanja v življenje in morda odpro priprta vrata v novo življenje. Z majhnimi koraki lahko dosežemo velike cilje.

Danes so vsi tisti fantje in dekleta iz prve luknje brez heroina. Vsak dan se potijo, da zaslužijo za svoj kruh. Heroin jim le še v sanjah uniči marsikatero noč. Nobeden ni hepatitis C pozitiven in tudi ne HIV pozitiven. Za znanost velik dosežek, a zanje še veliko večji. Vesel sem, da so se zavedeli svojega človeškega dostojanstva in pridobili življenjski optimizem. Šli so čez hude življenjske izkušnje, ko so jih zavrgli starši, prijatelji in jih odpuščali z dela samo zato, ker so zvedeli, da so bili nekoč odvisni od drog.

Ko sem jih obiskoval, so v meni zapustili globok pečat, in zato sem jim zelo hvaležen. Še danes, po šestih letih dela med njimi, delam to z veseljem. Srečujem se s kolegi, ki opravljajo enako delo, in vsi vemo, da delamo dobro.

Danes upravičeno pričakujemo, da bodo naše izkušnje upoštevane pri kreiranju nove politike na tem področju. Narobe bi bilo, če bi bile te izkušnje nepomembne in pozabljene. Kajti rodile so se tu med našimi ljudmi, ki so zboleli za boleznijo odvisnosti, ki potrebujejo čisto posebno pomoč in prijem, ki je prav gotovo drugačen kot v Angliji, Nizozemski, na Češkem itn.

Ko je bil profesor iz Berlina s svojimi študenti na obisku, je bil navdušen, ko sem študentom razlagal, kaj delam danes s svojimi sodelavci, in jih peljal na teren v te luknje, v katerih živijo odvisniki še danes. Dal mi je potrditev, da delamo prav, ko iščemo sami rešitve za slovenskega človeka, kajti samo mi vemo, kaj ta človek potrebuje, ker ga zelo dobro poznamo, saj smo hodili z njim v šole in živimo z njim v istem okolju. Samo približati se mu moramo, da začutimo njegove potrebe.

Morda bo v naslednjih letih tudi slovenski *outreach* dobil veljavo. Vse, kar smo delali v teh letih na tem področju, smo večinoma delali prostovoljno in brez denarnih

nagrad ter pogosto na meji legalnosti. Igle smo delili nelegalno, saj še vedno lahko razlagamo obstoječo zakonodajo tako, da omogočamo uporabo drog, če delimo sterilne igle, kar je seveda kaznivo dejanje.

Kolega Dare Kocmur opravlja podobno delo v Ljubljani na Stigmi. Ko se srečava, si lahko marsikaj poveva iz prvih dni delovanja Stigme, ko sva bila na izvršilnih odborih društva leta 1990 in pozneje sama z odvisniki in poslušala njihove probleme. Včasih se je nama pridružil še Vito Flaker in socialna delavka iz Ljubljane. Izkušnje iz tistih let so bile izredno bogate. Učili smo se dela z odvisniki neposredno na terenu. Šele pozneje smo imeli čas za teoretsko razglabljanje. Pogosto sva ugotavljala, da morda še ni nastopil čas, da bi kdo bolje ovrednotil tudi težave ljudi, ki delamo neposredno na terenu z odvisniki, in dal priložnost za delovanje tudi tem programom, ki so bili vseskozi nekako odrinjeni na obrobje. Oba pa sva bila prepričana, da ta čas mora priti.

Delo z osebami, odvisnimi od drog, se nam zdi že nekaj vsakdanjega, nič več nas ne preseneča vse slabše stanje in vse več oseb, odvisnih od drog, ki so vse mlajše. In ravno to je morda celo zaskrbljujoče, da smo se tako navadili na vse to. *Outreach* nam je nekaj vsakdanjega, ne delamo več velikih problemov iz tega. Če potrebujemo pomoč, se tisti, ki od vsega začetka delamo tudi terensko delo, pokličemo med seboj in vedno si tudi pomagamo; nekako čutimo, da nas je čas povezal bolj tesno in nam dal izredno priložnost, da se preskusimo v človečnosti.

Radi bi le, da bi se tudi to področje pomoči odvisnim od heroina v Sloveniji pravno in organizacijsko uredilo, da bi bilo nam lažje delati na terenu. Radi bi, da bi se nam pridružili mladi in prodorni strokovnjaki in prostovoljci. Upamo tudi, da nam bo družba namenila ustrezne prostore in druge pogoje za to neprofitno delo. Sami težko iščemo finančna sredstva za izvedbo programa ob tako napornem delu, zato pričakujemo od družbe, da nam bo namenila dovolj denarnih sredstev za to dejavnost.

NAMESTO SKLEPA

Kdorkoli bo že delal *outreach*, bo moral vedeti, da so najpomembnejši pri delu tisti, ki potrebujejo pomoč – osebe, odvisne od drog –, in da njihove želje dejansko oblikujejo programe, ki jih lahko mi le modificiramo, da so sprejemljivi tako zanje kot za nas. Veliki načrti brez konsenza oseb, odvisnih od drog, so praviloma neuspešni. Zlasti pa mora vsakdo vedeti, da ne bo delal nič takega, česar človeštvo ne bi že poznalo. Tako pomoč ljudem na obrobju družbe so poznale tudi druge kulture.

V zgodovinskem kontekstu moramo le prilagoditi humanistično delo času, v katerem živimo, in ljudem, za katere delamo. In to je *outreach* za mnoge, ki delamo to delo. To je pomoč in delo s človekom in za človeka, odvisnega od drog, tam, kjer živi, v njegovem okolju, ki ga je oblikovalo takega, kot je danes. Z našo pomočjo bo imel veliko manj problemov danes in tudi v prihodnosti, ko bo večina prenehala uporabljati droge, ko bo razrešila temeljne vzroke, ki so jih pripeljali v to. Z našo pomočjo bo lahko večina živela lepšo prihodnost brez AIDSa in drugih bolezni, ki bi jih zaznamovale za večno, in z manj življenjskih brazgotin, kot bi jih imeli sicer. Postali bodo ponovno srečni in veseli ljudje, ki se bodo veselili vsakega trenutka svojega življenja, saj ga bodo znali veliko bolje ceniti kot marsikdo drug.

Milan Krek

P O V Z E T K i

Vito Flaker

DRUŽBENA KONSTRUKCIJA KARIERE UŽIVALCA DROG

Dr. Vito Flaker je docent na Visoki šoli za socialno delo v Ljubljani.

Prispevek govori o karieri uživalca drog kot psihosocialnem procesu, v katerem imajo pomemben delež učenje tehnik uživanja, vloge in pričakovanja posameznika in okolice. Avtor v prispevku razgrne obstoječe koncepte, ki govorijo o oblikah uživanja in zasvojenosti. Ugotovi, da diskusijo o uživanju drog večinoma obvladuje črno bela podoba, ki v *chiaro-schurro* stilu osvetli dva lika: slabega džankija in dobrega abstinenta, ostala površina ostane neosvetljena. Zato z analizo teh konceptov in z upoštevanjem tujih in domačih etnografskih izsledkov sklepa o tem, kaj dejansko pomeni biti džanki. Izdela klasifikacijo, s katero želi razviti bolj logično celoto, ki obenem predstavlja možne stadije ali faze kariere uživanja heroina in drugih opiatov in možne tipe uživanja. Ta tipologija je pripravna za zasledovanje kariere in čeprav je zasnovana kot pot linearne progresije od neuživanja do džankijevskega stila življenja, obstajajo na vsaki stopnji možnosti izstopa iz kariere ali vrnitve na manj intenzivno stopnjo. Številke, ki so nam bile na voljo (tudi iz lastnega kvantitativnega raziskovanja), podpirajo tezo, da gre za koncentrične kroge uživanja, za katere je značilno, da se z večanjem intenzitete vloge uživalca in dejanskega uživanja manjša število pripadnikov določenega tipa uživalcev.

Ključne besede: tipologija uživanja drog, džankizacija, liki uživanja, protiliki, razredčevanje vloge džankija.

Dragica Fojan

DROGA KOT ARGUMENT ZA KAR KOLI

Mag. Dragica Fojan je socialna pedagoginja in zaposlena v društvu Stigma v Ljubljani.

Razkorak med razglašenimi cilji približno osemdeset let trajajoče »vojne proti drogam«, ki jih kratko povzema razvita sintagma »družba brez drog«, in dejanskim stanjem postavlja pod vprašaj običajen odgovor na vprašanje oblikovanja in vztrajanja prohibicionizma ter s tem tudi govor o neučinkovitosti te politike. Namen pričujočega pisanja, ki si za izhodišče jemlje definicijo droge kot »argumenta za kar koli«, je pokazati na nekatera protislovja, ki se pojavljajo v prevladujoči prohibicionistični interpretaciji pojava drog. Poudarja zlasti protislovja, ki zadevajo etiologijo, prevalenco in strategije spoprijemanja s pojavom.

Ključne besede: pojav drog, prohibicionizem, vojna proti drogam, družba brez drog, retorika droge, primarno preprečevanje, zmanjševanje škode.

Zoran Kanduč

O NEKATERIH NORMATIVNIH VPRAŠANJIH V ZVEZI S POLITIKO DO PREPOVEDANIH DROG

Dr. Zoran Kanduč je raziskovalec na Inštitutu za kriminologijo pri Pravni fakulteti in docent za kriminologijo na Pravni fakulteti v Ljubljani.

Model represivnega (kazenskopravnega) nadzorovanja prepovedanih drog je navadno kritiziran zaradi precej očitne neuspešnosti (neučinkovitosti) in celo kontraproduktivnosti (ustvarja družbene in osebne probleme, ki sploh niso povezani s samim uživanjem drog ali celo odvisnostjo). V prispevku je v grobem razgrnjen normativni ugovor zoper prohibicionistično politiko do nekaterih drog, ki izhaja iz vrednostnega stališča, da ima vsakdo pravico do uporabe katere koli droge po lastni izbiri (odločitvi) in kajpak ustrezno osebno odgovornost za tovrstne prakse. V tej zvezi so nakazani možni normativni »alibiji« omenjenega upravičenja, npr. pravica do »samoupravljanja« z lastnim telesom in pravica škoditi samemu sebi.

Ključne besede: politika do drog, pravica do uživanja, samoupravljanje s telesom, zmanjševanje škode.

Tim Rhodes, Gerry V. Stimson, Nick Crofts, Andrew Ball, Karl Dehne, Lev Khodakevich

INJICIRANJE DROG, HITRO ŠIRJENJE VIRUSA HIV IN »RIZIČNO OKOLJE«
DEJAVNIKI, KI IMPLICIRAJO HITRO OCENO IN ODZIV

Avtorji se ukvarjajo z razvijanjem javnozdravstvenega raziskovanja in intervencij za uporabnike drug v različnih mednarodnih kontekstih. Tim Rhodes je višji znanstveni sodelavec na področju sociologije javnega zdravstva na londonski univerzi; Gerry Stimson je profesor sociologije zdravstvenega vedenja na londonski univerzi; Nick Crofts je višji epidemiolog na Centru za medicinske raziskave Macfarlane Burnet, Avstralia; Andrew Ball je sodelavec Svetovne zdravstvene organizacije za področje medicine; Karl Dehne je višji epidemiolog na Univerzi Heidelberg; Lev Khodakevich je programski svetovalec pri UNAIDS.

Skupina avtorjev s primerjavo dveh geografskih področij, jugovzhodne Azije in držav bivše Sovjetske zveze, razvije tezo o vplivu družbenenega, kulturnega, ekonomskega in političnega okolja na hitro širjenje okužb z virusom HIV med intravenoznimi uživalci drog. Avtorji opozorijo na potrebno razširitev in premik paradigme pri raziskovanju pojava in pri načrtovanju preventive, ki naj ne bo usmerjena zlasti na individualne dejavnike tveganj, temveč bo upoštevala širše družbene in materialne dejavnike, ki so pogoj širjenja okužb in so še vedno slabo raziskani ter o njih malo vemo. Hiter in smiseln odziv je ključnega pomena pri obvladovanju epidemij in učinkovit odgovor lahko razvijemo le z uporabo različnih raziskovalnih metod, pri čemer kvalitativne metode omogočajo oblikovanje, dopolnjevanje in interpretacijo epidemioloških meritev okolja. Tak prijem daje tudi možnost, da postane sama ocena situacije sestavni del spreminjanja rizičnega okolja.

Ključne besede: rizično okolje, injiciranje drog, epidemije virusa HIV, hitra ocena in odgovor, javno zdravje, preventiva, premik paradigme

Bojan Dekleva

REKREATIVNA UPORABA DROG

Dr. Bojan Dekleva je izredni profesor na Pedagoški fakulteti v Ljubljani.

Izraz »rekreativna« uporaba drog se je začel pogosto uporabljati v 90. letih. Nanaša se, prvič, na določen vzorec uporabe drog (kako, kdaj, kaj, kdo, kje), ter drugič, na posebno teoretsko razlago narave uporabe drog. Ta razlaga, ki jo včasih poimenujejo tudi »kulturna«, »normativna« ali »potrošniška« razlaga, tekmuje z drugimi razlagami, npr. bolezensko oz. (socialno)patološko ali subkulturno razlago. Rekreativna uporaba drog nastaja v novih, specifičnih družbenih okoliščinah. Zanje je značilno podaljševanje obdobja adolescence, oteževanje pogojev prehoda mladih v polno odraslost, oblikovanje zelo različnih, individualiziranih življenjskih poti, scenarijev in karier ter – kakor temu rečejo nekateri sociologi mladine – situacija mnogoterih življenjskih rizikov. Ta situacija zahteva od posameznika, da razvije svojevrstne strategije upravljanja teh rizikov, oziroma, da razvije spretnost prevzemanja rizikov kot eno od temeljnih življenjskih spretnosti. Take družbene okoliščine pa zahtevajo tudi od strokovnjakov in upravnih družbenih podsistemov, da različne rizike, povezane z uporabo drog, diferencirajo in tehtajo ter se nanje diferencirano odzivajo. Usmeritev v politiko zmanjševanja škode je eden takih pristopov diferenciranja in tehtanja rizikov. Članek opisano teoretsko usmeritev naveže na rezultate raziskovalne naloge o uporabi ekstazija in drugih plesnih drog med mladino. Konča se z razmišljanjem o implikacijah teorije rekreativne uporabe drog za preventivno in drugo interveniranje.

Ključne besede: rekreativna uporaba drog, družba tveganja, ekstazi, plesne droge.

Peter Stefanoski

MOTIVACIJSKI INTERVJU

Peter Stefanoski je diplomiran socialni delavec in svetovalec ministra na Ministrstvu za delo, družino in socialne zadeve.

Motivacijski intervju je tehnika spodbujanja k spremembi vedenja. Izhaja iz transteoretskega modela spreminjanja. Motivacija je obravnavana kot odnosno-dinamsko dogajanje in ne kot osebnostna lastnost. Posameznikova motivacija se spreminja v različnih situacijah. S primernimi strokovnimi posegi je mogoče spodbuditi dvig motivacije za spreminjanje.

Ključne besede: motivacijski intervju, motivacija za spreminjanje, faze spreminjanja, težave zaradi uživanja drog.

Dušan Nolimal

TERENSKO DELO Z UŽIVALCI DROG

SPLOŠNA NAČELA IN DOSEDANJE IZKUŠNJE S TERENSKIM DELOM V SLOVENIJI

Dušan Nolimal je specialist socialne medicine in epidemiolog na Inštitutu za varovanje zdravja v Ljubljani.

Avtor v prispevku predstavi načela in vrste terenskega dela, ki kot oblika intervencije v skupnosti dopolnjuje druge javno-zdravstvene in socialne dejavnosti. Med razlogi za uvajanje terenskega dela pri nas velja omeniti zlasti dvoje: prvič, obstoječe intervencije niso učinkovito dosegle vseh ciljnih posameznikov in skupin, in drugič, obstoječe intervencije niso ponudile vseh storitev, ki jih potrebujejo ciljne skupine. Namen terenskega dela je zlasti doseči posameznike in skupine, ki niso v stiku s zdravstvenimi in socialnimi programi, pa bi tako pomoč potrebovali. Terensko delo je treba razvijati na podlagi terenske epidemiološke ocene in potreb užvalcev drog, pri tem pa je nujna tudi supervizija terenskega dela. Za sistematično uvajanje in vodenje terenskega dela je treba: ugotoviti potrebe po terenskem delu, načrtovati cilje, naloge in strategije, izbrati in izobraževati terenske delavce, navezati stike na terenu in izvajati terenske storitve.

Ključne besede: terensko delo, osnovna načela terenskega dela, ciljne skupine, načrtovanje, evalvacija.

Jože Hren

TERENSKO DELO

Jože Hren je socialni delavec, zaposlen na Centru za socialno delo Logatec in vodja projekta Phare – Zmanjševanje škode.

Avtor se v članku ukvarja s terenskim delom z uživalci nelegalnih drog. Problematika uživanja drog postaja v zadnjih letih ena vodilnih tem vsakdanjega življenja. Socialno delo kot stroka in veda se lahko na področju koncepta zmanjševanja škode in terenskega dela kot praktične metode dela z uživalci drog izraziteje uveljavi. Doslej je pomembnejšo vlogo na tem področju igral nevladni sektor. Kot eden prvih, če ne prvi projekt v Sloveniji, ki je sistematično pričel izvajati terensko delo, je Aids Fondacija Robert. S skromnimi sredstvi in brez večje politične podpore se je projektu v nekaj letih posrečilo razviti kar nekaj samostojnih, a med seboj povezanih dejavnosti: terensko delo, *Drop-in*, svetovanje, izmenjava igel.

Ključne besede: terensko delo, uživalci drog, socialno delo, nizkopražni programi, zmanjševanje škode.

Milan Krek

TERENSKO DELO – PRILOŽNOST ZA INTERDISCIPLINARNI PRIJEM

Milan Krek je zdravnik in direktor Urada za droge republike Slovenije.

Vsaka znanost ali stroka, ki dela v Sloveniji na področju drog, ima svoj prijem do problematike drog, kar sicer ni slabo, a ti prijemi včasih niso usklajeni z drugimi strokami. Vsa zahtevnost celostne obravnave uživanja drog se nato pokaže v vsakodnevnem življenju, ko je treba čisto konkretni osebi, odvisni od drog, ki se ne želi ali pa se želi zdraviti, predpisati eno in samo eno celostno terapijo, kjer se bodo aktivnosti posameznih strokovnjakov medsebojno dopolnjevale ali si sledile v določenem sosledju. Terensko delo je priložnost za interdisciplinarno delo različnih strokovnjakov, saj se v delo na terenu vključujejo tako socialni delavci kot zdravniki, sociologi, psihologi in uporabniki drog, zato je vsekakor nujno sodelovanje in ne vztrajanje za prevlado

posamezne stroke v posameznih programih.

Ključne besede: uporaba drog, terensko delo, metode terenskega dela, interdisciplinarnost.

Theo van Dam

IZKUŠNJE NIZOZEMSKIH ORGANIZACIJ UŽIVALCEV DROG PRI ZMANJŠEVANJU ŠKODE Z NAVODILI ZA VARNEJŠE UŽIVANJE DROG

Theo van Dam, nekoč sam uživalec drog, je nacionalni koordinator interesnih skupin uživalcev drog z Nizozemske.

Nizozemska ima že dvajsetletno tradicijo obstoja interesnih skupin in organizacij uživalcev drog, ki so se vedno angažirale pri vprašanjih politike do drog in pri načrtovanju in izvajanju služb in storitev, namenjenih ljudem, ki uživajo droge. V prispevku avtor poudarja nujnost sodelovanja med uporabniki in strokovnjaki, spomni na nepogrešljivost vsakdanjih življenjskih situacij, ki dajejo okvir za delo z uživalci drog, in opozarja, da so lahko velikokrat prav uživalci drog najboljši strokovnjaki. Prispevek je namenjen tudi opogumljanju uživalcev drog, da prepoznajo več svojih moči in sposobnosti, da se aktivneje angažirajo pri vprašanjih, ki se dotikajo njihovega življenja. Z opisom pestrih in domiselnih akcij, v katerih je avtor na Nizozemskem sam sodeloval, spodbuja uživalce drog, da se spoprijemanja z vsakdanjikom lotevajo na ustvarjalen in inovativen način.

Ključne besede: organiziranje nizozemskih uživalcev drog, aktivizem, varnejše uživanje drog, preventiva, HIV, vrstniško svetovanje, terensko delo.

Kaja Tratnik

METODE DELA NA TERENU

Kaja Tratnik je diplomirana socialna delavka, dela kot svetovalka v društvu Up, nevladni organizaciji za pomoč staršem zasvojencev.

Avtorica v prispevku predstavi konkretne primere, v katerih je kot terenska delavka tudi sama udeležena. Skoz analizo situacij predstavi pomembnost prvega stika z uživalcem ali uživalko drog in opozori na posebnosti terenskega dela, ki zahteva od posameznika določeno stopnjo zrelosti in veliko znanja. Nujen pogoj za dobro terensko delo je, da terenski delavec ne le razume problem uživanja nedovoljenih drog in značilnosti terenskega dela, ampak da je sposoben empatičnega razumevanja vsakega uživalca ali uživalke posebej. Njeno spoznanje je, da je navezovanje stika z uživalcem proces in ne dogodek, ki lahko traja različno dolgo in ga lahko razdelimo v posamezne faze.

Ključne besede: terenski delavec, uživalec drog, stik, HIV, droga, diler.

Dare Kocmur

PROJEKT STIGMA – RETROSPEKTIVA ZA PRAGMATIKO SOCIALNEGA DELA NA PODROČJU DROG

Dare Kocmur je socialni delavec in od leta 1993 koordinator programa v društvu Stigma v Ljubljani.

Esej obdeluje začetke delovanja in razvoj prve nevladne organizacije na področju zmanjševanja škodljivih posledic v zvezi z drogami v Sloveniji. Prikazuje okoliščine prvih pobud v smeri delovanja uživalcev drog kot akterjev samopomoči v sodelovanju z različnimi strokovnjaki s področja medicine in socialnega dela. Programa je bil usmerjen v sekundarno preventivo širjenja nalezljivih okužb (HIV, virusi hepatitisa), posredovanje pri zagovorništvu metadonskega vzdrževanja, svetovanje glede varnejšega, zdravju manj škodljivega uživanja drog in pobude v smeri samopomoči glede uveljavljanja človekovih pravic v okviru delovanja različnih služb, ki izvajajo druge oblike obravnave uporabnikov drog (zdravstvo, sociala, sodišča). V zaključku so dodani tudi rezultati iz Stigminega programa zamenjave igel.

Ključne besede: vojna proti drogam, HIV, hepatitis C, strategije spoprijemanja, nizkopražni pristop, zmanjševanje škode, preventiva, zamenjava igel, svetovanje, terensko delo.

Vito Flaker, Vera Grebenc, Nino Rode, Janko Belin, Dragica Fajon, Alenka Grošičar, Ilonka Feher, Mateja Šantelj, Andrej Kastelic, Darja Zupančič, Zlato Merdanović

PODOBE UŽIVANJA HEROINA V SLOVENIJI Z VIDIKA ZMANJŠEVANJA ŠKODE

PRELIMINARNO POROČILO O RAZISKAVI

Vera Grebenc je diplomirana socialna delavka in koordinatorka raziskave Phare: Zmanjševanje škode. Nino Rode je diplomiran sociolog in asistent na Visoki šoli za socialno delo. Janko Belin je socialni delavec in v Svetovalnici Fužine sodeluje pri projektih zmanjševanja škode zaradi drog; je nosilec projekta samoorganiziranja uživalcev drog v Sloveniji. Alenka Grošičar in Mateja Šantelj sta diplomirani socialni delavki in delata na AIDS fundaciji Robert. Ilonka Feher je socialna delavka in študentka Visoke šole za socialno delo in sodelavka projektov Stigme in AIDS fundacije Robert. Andrej Kastelic je psihiater, vodja Centra za zdravljenje odvisnosti v Ljubljani. Darja Zupančič je diplomirana socialna delavka. Zlato Merdanović je sodelavec društva Stigma.

Tekst je strnjeno poročilo o rezultatih raziskave, ki se je kot del projekta Phare: Zmanjševanje škode začela septembra 1998 na Visoki šoli za socialno delo. Glavnina gradiva, na katerega se opira raziskovalno poročilo, izhaja iz intervjujev z uživalci, teme so predstavljene predvsem z vidika uživalcev in večkrat z njihovimi besedami. Raziskovalci so pri metodologiji, pri obdelavi in v besedilu dosledno upoštevali perspektivo uživalcev. Poročilo ne gradi enotne teorije uživanja heroina, temveč glede na zbrano gradivo ustvarja podobo uživanja in zemljevid praktik uživalcev v Sloveniji. Teme, ki jih obravnava raziskava in so zajete v poročilu, so: poznavanje in zaznavanje uživanja drog v širši skupnosti, dostopnost drog, stališča o uživanju drog, značilnosti skupin, ki uživajo drogo, zemljepisna umestitev uživalcev drog, zdravstvene posledice, nasilje, zaposlitev, stanovanje, stiki s sorodniki, druženje z vrstniki, kariera, razpečevanje drog, tveganja pri injiciranju in overdovz, spolnost in droge, prostitucija in evalvacija služb. Pomemben rezultat raziskave je, da je pokazala socialne vidike zmanjševanja škode, saj so dosedanje strategije zmanjševanja škode poudarjale zdravstvene dejavnike.

Ključne besede: zmanjševaje škode, etnografija drog, kariera, tveganja, dostopnost drog, evalvacija služb.

A B S T R A C T S

Vito Flaker

SOCIAL CONSTRUCTION OF THE DRUG-USER'S CAREER

Dr. Vito Flaker lectures at University of Ljubljana School of Social Work.

The paper presents the drug-user's career as a psychosocial process in which learning the techniques of enjoyment, roles and the expectations of the individual and the surroundings play an important part. The existing concepts of enjoyment and addiction are laid out. The discussion on drug-use is seen as dominated mainly by a black and white image which in a *chiaro-schurro*, as it were, represents two figures: a bad junkie and a good abstainer; the rest of the picture is dimmed. Analysing these concepts and taking into account domestic and foreign ethnographic findings, the author makes conclusions as to what in fact being a junkie means. He designs a classification in order to develop a more logical picture, presenting at once the possible stages or phases of the career of heroin use, as well as the use of other opiates, and the possible types of enjoyment. The typology is useful for tracing careers, and even though it is conceived as a linear progression from non-enjoyment to the junkie lifestyle, there are, in every stage, exits from the career or returns to a less intensive stage. The available data (even from the author's own quantitative research) support the thesis that enjoyment is structured as concentric circles in which, characteristically, the increasing intensity of the user's role and of actual enjoyment is matched by a lesser number of users of the corresponding type.

Keywords: drug-use typology, junkisation, figures of enjoyment, counter-figures, rarefaction of the role of junkie.

Dragica Fojan

DRUGS AS AN ARGUMENT FOR WHATEVER

Dragica Fojan, M. A., is a social pedagogue and works for the Stigma Association, Ljubljana.

There is a gap between the declared goals of the (approximately eighty years lasting) prohibitive policies, briefly characterised by the famous notion 'drug free society', and the actual state of affairs. This casts doubt on the notion according to which war against drugs is war against danger/destructiveness of psychoactive substances. As a consequences, it also questions the validity of speech about the ineffectiveness of war against drugs. The purpose of the paper (in which the author's starting point is the definition of a drug as an 'argument for whatever') is to identify the contradictions concerning aetiology, prevalence and strategies/policies that can be observed in the prohibitive interpretation of the phenomenon of drugs.

Keywords: the phenomenon of drugs, prohibitive policies, war against drugs, drug free society, rhetoric of drugs, primary prevention, harm reduction.

Zoran Kanduč

ON SOME NORMATIVE QUESTIONS RELATED TO THE POLICY ON ILLEGAL DRUGS

Dr. Zoran Kanduč is researcher at the Criminology Institute of University of Ljubljana Faculty of Law and a lecturer of criminology at the faculty.

The model of repressive (penal) control of illegal drugs is usually criticised on the basis of its evident inefficiency and even counter-productive effects (it creates social and personal problems that are not in the least related to the use of drugs or even with addiction). The paper outlines an objection to the prohibitionist policy against drugs which derives from the normative point of view that everybody has a right to use any drug of his or her choice, and the according personal responsibility for that practice. Several possible normative arguments are suggested,

for example, the right of 'self-management' of one's body and the right to harm oneself.

Keywords: drug policy, the right to use, self-management of the body, harm reduction.

Tim Rhodes, Gerry V. Stimson, Nick Crofts, Andrew Ball, Karl Dehne, Lev Khodakevich

INJECTION OF DRUGS, RAPID SPREAD OF HIV, AND 'RISK ENVIRONMENT'
FACTORS THAT IMPLY RAPID ASSESSMENT AND RESPONSE

The authors are all involved in developing public health approaches to research and intervention for drug users in a variety of international contexts. Tim Rhodes is a Senior Research Fellow in the Sociology of Public Health at the University of London, UK; Gerry Stimson is Professor of the Sociology of Health Behaviour at the University of London, UK; Nick Crofts is a Senior Epidemiologist at the Macfarlane Burnet Centre for Medical Research in Australia; Andrew Ball is a Medical Officer at the World Health Organisation; Karl Dehne is a Senior Epidemiologist at the University of Heidelberg in Germany; and Lev Khodakevich is a Programme Advisor at UNAIDS in Switzerland.

By comparing two geographical areas, South-East Asia and countries of the former Soviet Union, the authors develop a thesis, according to which social, cultural, economical and political environments determine the spreading of HIV amongst intravenous drug users. They point out the need to extend and shift the paradigm of research and of prevention planning away from individual risk factors to taking into account wider social and material factors that are still quite obscure but which condition the spreading of infections. A rapid and sensible response is crucial for the mastering of epidemics and can only be developed by using a variety of research methods, including qualitative methods that make possible the formation, supplementation and interpretation of the epidemiological measurement of environment. This approach also makes it possible for the assessment of the situation to participate at changing the risk environment.

Keywords: risk environment, drug injection, HIV epidemics, rapid assessment and response, public health, prevention, paradigm shift.

Bojan Dekleva

RECREATIONAL USE OF DRUGS

Dr. Bojan Dekleva is an associate professor at University of Ljubljana Faculty of Education.

The term 'recreational' use of drugs has come to frequent use in the 90's. It refers to, firstly, a certain pattern of drug use (how, when, what, who, where), and secondly, to a particular theoretical explanation of the nature of drug use. This explanation, sometimes called 'cultural', 'normative' or 'consumerist', competes with other explanations, e. g., medical or (social-)pathological and subcultural ones. Recreative use of drugs emerges in new, specific social circumstances. They are characterised by a prolongation of adolescence, the aggravated conditions of passage to full adulthood, the formation of very different, individualised courses of life, scenarios and careers, as well as – as it is called by some sociologists of the youth – the situation of manifold life risks. The latter demands that an individual develops idiosyncratic strategies of managing those risks, or that he or she develops the skill of taking risks as one of the basic life skills. On the other hand, these social conditions demand of professionals and administrative social subsystems to differentiate and weigh the risks, related to the use of drugs, and to respond in a differentiated manner. The policy of harm reduction is one of such responses. The paper relates this theoretical orientation to the results of a research on the use of ecstasy and other 'dance' drugs amongst the youth, and ends with a discussion on the implications of the theory of recreational use of drugs for preventive and other kinds of intervention.

Keywords: recreational use of drugs, risk society, ecstasy, 'dance' drugs.

Peter Stefanoski

MOTIVATIONAL INTERVIEW

Peter Stefanoski is a social worker and counsellor to the Minister of labour, family and social affairs.

Motivational interview is a technique of stimulating a change of behaviour. It originates in the 'trans-theoretical' model of change. Motivation is seen as a relational-dynamic issue and not as a personality trait. An individual's motivation changes from one situation to another. By suitable professional interventions motivation for change can be raised.

Keywords: motivation for change, phases of change, problems deriving from using drugs.

Dušan Nolimal

FIELDWORK WITH DRUG USERS
GENERAL PRINCIPLES AND EXPERIENCES OF FIELDWORK IN SLOVENIA TO DATE

Dušan Nolimal is a specialist of social medicine and an epidemiologist at the Institute of Health Protection in Ljubljana.

The paper presents the principles and types of fieldwork which, as a form of intervention in the community, supplements other public health and social activities. The reasons for the introduction of fieldwork in Slovenia include two facts: first, the existing interventions have not succeeded to reach all targeted individuals, and second, they have not offered all the services targeted groups need. The aim of fieldwork is mainly to reach individuals and groups who may need health and social services but are not in contact with them. Fieldwork has to be developed on the basis of epidemiological assessment in the field and the needs of drug users. What is also needed in fieldwork is supervision. For a systematic introduction of fieldwork and its carrying out the following is necessary: assessing the need of fieldwork, planning aims, tasks and strategies, selecting and educating fieldworkers, establishing contacts in the field, and carry out field services.

Keywords: basic principles of fieldwork, target groups, planning, evaluation.

Jože Hren

FIELDWORK

Jože Hren is a social worker, employed at the Centre of Social Work Logatec, and the head of the Phare project of harm reduction.

In the last few years, drug use has become one of the most important topics of everyday life. Social work could significantly implement its approach in the field of harm reduction and field work. So far, non government organisations played a more important role. One of the first, if not the first project in Slovenia that has systematically implemented field work is Aids Foundation Robert. With modest financial resources and without any relevant political support it has succeeded to develop several autonomous but mutual related activities: field work, drop-in, counselling, needle/syringe exchange.

Keywords: fieldwork, drug users, social work, low-threshold programmes, harm reduction.

Milan Krek

FIELDWORK – AN OPPORTUNITY FOR INTERDISCIPLINARY APPROACH

Milan Krek is a physician and the Director of the Republic of Slovenia Drug Bureau.

In Slovenia, every science or profession engaged in working with drugs has its own approach to the problem, which is not bad, but those approaches are frequently not in line with each other. The demands of a wholesome treatment of drug use become clear in everyday life, when a drug dependant who does or does not wish to be treated needs to be prescribed one and only one wholesome therapy, in which a variety of professionals' activities will supplement one another or follow one another in a certain sequence. Fieldwork is an opportunity for interdisciplinary work of several professionals, as it calls for the inclusion of social workers just as much as physicians, sociologists, psychologists and drug users themselves, so that co-operation is by all means more important than whose profession will dominate individual programmes.

Keywords: drug use, fieldwork methods, co-ordination of professionals, interdisciplinarity.

Theo van Dam

THE EXPERIENCE OF DUTCH DRUG-USERS' ORGANISATIONS WITH HARM REDUCTION WITH INSTRUCTIONS FOR A SAFER USE OF DRUGS

Theo van Dam, once a drug user, is the national co-ordinator of the drug users' interest groups in the Netherlands.

The Netherlands has a twenty year long tradition of interest groups and organisations of drug users which have always been engaged in the questions of drug policy and in planning and implementing services for the people who use drugs. The paper stresses the need for co-operation between users and professionals, frames the work with users in everyday life situations, and points out that users themselves may often be the best experts. It is also intended to encourage drug users to acknowledge to a greater extent their capacities and abilities to get more actively involved in solving problems that involve their lives. The descriptions of a variety of imaginative actions at which the author participated challenge users to be creative and innovative in their everyday struggles.

Keywords: Dutch drug user organisations, activism, safer drug taking, prevention, HIV, peer counselling, fieldwork.

Kaja Tratnik

FIELDWORK METHODS

Kaja Tratnik is a social worker, a counsellor in association 'Up' (Hope), a non-governmental organisation for aid to the parents of addicts.

The paper presents examples of her work as fieldworker. By analysing some situations, she points out the importance of the first contact with the user and describes the peculiarities of fieldwork which demands from the worker a certain degree of personal integrity and knowledge. It is a precondition for quality fieldwork that the worker not only understands the problem of using illegal drugs and the character of fieldwork, but is also capable of empathy with each user. She takes establishing a contact with a user as a process (and not an event) whose length may vary and can be divided into phases.

Keywords: fieldworker, drug-user, contact, HIV, drug, dealer.

Dare Kocmur

PROJECT STIGMA – A RETROSPECTIVE FOR PRAGMATIC SOCIAL WORK IN THE FIELD OF DRUGS

Dare Kocmur is a social worker and the programme co-ordinator in the Stigma Association, Ljubljana.

The paper discusses the initial activities and the development of the first non-governmental organisation in the field of reducing the harm related to drug use. It presents the first initiative towards the inclusion of drug users as the actors of self-help in co-operation with various medical and social work professionals. The programme aimed at the secondary prevention of sexually transmitted diseases (HIV, hepatitis), advocacy of methadone maintenance, counselling on safer or less damaging use of drugs, and enticing initiatives to grant human rights in the various institutions that carry out some form of 'treatment' of drug users (health, social work, jurisdiction). The paper concludes with the results of Stigma's needle exchange programme.

Keywords: war on drugs, HIV, hepatitis C, encounter strategies, low-threshold programmes, harm reduction, prevention, needle exchange, counselling, outreach work.

Vito Flaker, Vera Grebenc, Nino Rode, Janko Belin, Dragica Fajon, Alenka Grošičar, Ilonka Feher, Mateja Šantelj, Andrej Kastelic, Darja Zupančič, Zlato Merdanović

IMAGES OF HEROIN USE IN SLOVENIA FROM THE POINT OF VIEW OF HARM REDUCTION A PRELIMINARY RESEARCH REPORT

Vera Grebenc is a social worker and the co-ordinator of the Harm Reduction Phare Project. Nino

Rode is a sociologist and an assistant lecturer at University of Ljubljana School of Social Work. Janko Belin is a social worker and collaborates with Fužine Counselling Office on harm reduction projects; he also leads the project of Slovene drug-users' self-organisation. Alenka Grošičar and Mateja Šantelj are social workers, working at AIDS Foundation Robert. Ilonka Feher is a student at University of Ljubljana School of Social Work and works on Stigma and AFR projects. Andrej Kastelic is a psychiatrist and head of the Centre for the Treatment of Addictions in Ljubljana. Darja Zupančič is a social worker. Zlato Merdanović is a collaborator of Stigma.

The paper is an abridged report on the results of a research that was conducted, as a part of the Harm Reduction Phare Project, at University of Ljubljana School of Social Work. The bulk of the material on which this report is based consists of interviews with users, the themes are presented chiefly from the point of view of the users, and often in their own words. In methodology, data processing and in the report, the researchers have consistently taken into account the users' perspective. No unified theory of heroin use is sought, rather, the gathered material is the basis on which the authors build the image of heroin use and a map of the users' practices in Slovenia. The main topics of both the research and this report are: knowledge and perception of drug use in the wider community, accessibility of drugs, points of view of drugs, characteristics of drug using groups, geographical placement of drug users, health issues, violence, employment, accommodation, contacts with relatives, peer groupings, career, drug dealing, risks of injecting and overdose, sex and drugs, prostitution, and evaluation of services. An important result of the research is that it presented the social aspects of harm reduction as opposed to the health factors that have been emphasised by all recent strategies of harm reduction.

Keywords: harm reduction, drug ethnography, career, risks, availability of drugs, service evaluation.

Social Work Pragmatics in the Field of Drug-Use
Harm Reduction

selected contents

Vito Flaker
SOCIAL CONSTRUCTION OF THE DRUG-USER'S CAREER 211

Dragica Fojan
DRUGS AS AN ARGUMENT FOR WHATEVER 241

Zoran Kanduč
ON SOME NORMATIVE QUESTIONS RELATED TO THE POLICY ON ILLEGAL DRUGS 255

Tim Rhodes, Gerry V. Stimson, Nick Crofts, Andrew Ball, Karl Dehne, Lev Khodakevich
INJECTION OF DRUGS, RAPID SPREAD OF HIV, AND 'RISK ENVIRONMENT':
FACTORS THAT IMPLY RAPID ASSESSMENT AND RESPONSE 261

Bojan Dekleva
RECREATIONAL USE OF DRUGS 281

Peter Stefanoski
MOTIVATIONAL INTERVIEW 287

Dušan Nolimal
FIELDWORK WITH DRUG USERS:
GENERAL PRINCIPLES AND EXPERIENCES OF FIELDWORK IN SLOVENIA TO DATE 293

Jože Hren
FIELDWORK 299

Milan Krek
FIELDWORK – AN OPPORTUNITY FOR INTERDISCIPLINARY APPROACH 307

Theo van Dam
THE EXPERIENCE OF DUTCH DRUG-USERS' ORGANISATIONS WITH HARM REDUCTION
(WITH INSTRUCTIONS FOR A SAFER USE OF DRUGS) 315

Kaja Tratnik
FIELDWORK METHODS 323

Dare Kocmur
PROJECT STIGMA – A RETROSPECTIVE: FOR PRAGMATIC SOCIAL WORK IN THE FIELD OF DRUGS 333

Vito Flaker, Vera Grebenc, Nino Rode, Janko Belin, Dragica Fajon, Alenka Grošičar, Ilonka Feher, Mateja Šantelj, Andrej Kastelic, Darja Zupančič, Zlato Merdanović
IMAGES OF HEROIN USE IN SLOVENIA FROM THE POINT OF VIEW OF HARM REDUCTION:
A PRELIMINARY RESEARCH REPORT 341

ENGLISH ABSTRACTS 418

Nove knjige sodelavcev VŠSD, ki so izšle pri drugih izdajateljih:

Marija Ovsenik, Milan Ambrož (1999), *Neprofitni avtopoietični sistemi.* Škofja Loka: Inštitut za samorazvoj.

Srečo Dragoš (1998), *Katolicizem na Slovenskem: Socialni koncepti do druge svetovne vojne*. Ljubljana: KRT.

Vito Flaker (1998), *Odpiranje norosti: Vzpon in padec totalnih ustanov.* Ljubljana: /*cf.

Nova knjiga, zanimiva za naše bralce:

Michel Foucault (1998), *Zgodovina norosti v času klasicizma*. Ljubljana: /*cf.

NAPOVEDUJEMO IZID

Tanja Lamovec, *Kako misliti drugačnost*

Srna Mandič (ur.), *Pravica do stanovanja: Brezdomstvo in druga stanovanjska tveganja ranljivih skupin*

Izšlo pri VŠSD

Tanja Lamovec

PSIHOSOCIALNA POMOČ V DUŠEVNI STISKI

Cena 2100 SIT

Blaž Mesec

UVOD V KVALITATIVNO RAZISKOVANJE V SOCIALNEM DELU

Cena 2100 SIT

Ellen Bass, Laura Davis

POGUM ZA OKREVANJE

Priročnik za ženske,
ki so preživele spolno zlorabo v otroštvu

Cena 2900 SIT

Mojca Novak

RAZVOJ EVROPSKIH MODELOV DRŽAVE BLAGINJE

Cena 2100 SIT

Judith Lewis Herman, Carol-Ann Hooper, Liz Kelly,
Birgit Rommelspacher, Valerie Sinason, Moira Walker

Spolno nasilje

Feministične raziskave za socialno delo

Predgovor Darja Zaviršek

Zbirka Ženske in duševno zdravje

Cena 2100 SIT

Knjige lahko naročite pisno, po telefonu ali po emailu na uredništvu publikacij VŠSD

Kako naj bo urejeno besedilo za objavo v časopisu Socialno delo (nova, popravljena navodila!)

• Besedilo je treba oddati hkrati v izpisu in na disketi. Izpis naj ima *dvojen razmak* med vrsticami.

• Disketa naj bo standardna »mala«, tj. 3,5 palčna disketa. Besedilo na njej naj bo zapisano v enem od standardnih programov za MS DOS ali MS Windows, lahko pa tudi v formatu ASCII ali .txt (vendar *brez preloma vrstic*).

• Besedilo na disketi naj bo *neformatirano*, brez pomikov v desno, na sredino, različnih velikosti črk ipd. *Ne* uporabljajte avtomatičnega številjenja odstavkov ali naslovov! Vse posebnosti, ki jih želite v tisku, naj bodo pripisane med znamenjema **<>**. Za citate, opombe, naslove ipd. bomo uporabili naš standarden tisk.

• Kurzivo ali podčrtavo (kar je ekvivalentno) uporabljajte *samo* za poudarjeno besedilo, v referencah kakor pri zgledih spodaj (za naslove knjig in revij) in za tuje besede v besedilu, *ne* pa za naslove razdelkov v besedilu ipd.

• Ves tekst, vključno z naslovi, podnaslovi, referencami itn., naj bo pisan *z malimi črkami*, seveda pa upoštevajte pravila, ki veljajo za veliko začetnico. Če bi iz kakšnega posebnega razloga želeli, da so deli besedila v samih velikih črkah, pripišete »**<z velikimi črkami!>**«. Tega pravila se ni treba držati le, če citirate besedilo, ki je že pisano tako.

• Opombe k besedilu naj bodo pomaknjene *na konec besedila*. *Ne* uporabljajte računalniškega formata opomb (*ne* pod črto *ne* na koncu)! V glavnem besedilu označite opombo z njeno zaporedno številko takoj za besedo ali ločilom, in sicer v pisavi *superscript*. V tej pisavi naj bo tudi številka pred besedilom opombe.

• Grafični materiali naj bodo izrisani v formatu A4 in primerni za preslikavo. Upoštevajte, da je tisk črno-bel. Če so grafike računalniško obdelane, se posvetujte z uredništvom. *Ne* uporabljajte internih grafičnih modulov (npr. MS Word)!

• Literatura naj bo razvrščena po abecednem redu priimkov avtorjev oz. urednikov (oz. naslovov publikacij, kjer avtor ali urednik ni naveden), urejena pa naj bo tako (pri *reviji* navedete strani, kjer se članek nahaja, *za dvopičjem*, pri *zborniku* pa *v oklepaju*):

***Antropološki zvezki 1* (1990). Ljubljana: Sekcija za socialno antropologijo pri Slovenskem sociološkem društvu.**

D. Bell, P. Caplan, W. J. Karim (ur.) (1993), *Gendered Fields: Women, men and ethnography.* London: Routledge.

J. D. Benjamin (1962), The innate and the experiential. V: H. W. Brosin (ur.), *Lectures in Experimental Psychiatry*. Pittsburg: Univ. Pittsburg Press (81-115).

J. Chaseguet-Smirgel (1984), *The Ego Ideal: A psychoanalytic essay on the malady of the ideal*. New York: Norton.

— (1991), Sadomasochism in the perversions: Some thoughts on the destruction of reality. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 39: 399-415.

G. Čačinovič Vogrinčič (1993), Družina: pravica do lastne stvarnosti. *Socialno delo 32*, 1-2: 54-60.

Didier-Weil *et al.* (1988), *El objeto del arte*. Buenos Aires: Nueva Visión.

A. Miller (1992), *Drama je biti otrok*. Ljubljana: Tangram.

D. W. Winnicot (1949), Mind and its relation to the psyche-soma. V: — (1975), *Through Pediatrics to Psychoanalysis*. New York: Basic Books (77-98).

Številka letnika revije ali volumna dela je del naslova. Podnaslov se piše za *dvopičjem* po glavnem naslovu. S črto na začetku vrstice zaznamujemo, da gre za istega avtorja kakor pri prej navedenem viru; s črto kakor v zadnjem zgledu zaznamujemo, da gre za istega avtorja (zbornika) kakor pri navedenem viru. Avtorjevo lastno ime lahko tudi izpišete.

• Reference *v besedilu* naj bodo urejene po naslednjem zgledu: **... (Bell, Caplan, Karim 1986; prim. tudi Didier-Weil *et al.* 1988)...**, in sicer *enako*, če gre za avtorje ali za urednike (brez »ur.« ipd.). Kadar citirate, *navedite tudi stran v viru*, npr. **...(Miller 1992: 121)...** Imena istega avtorja ali urednika v zaporednih referencah ni treba ponavljati, npr. **...(Chaseguet-Smirgel 1984: 111; 1991: 87)...** Če navedba vira neposredno sledi omembi avtorja oz. urednika v besedilu, se njegovo ime v oklepaju izpusti, npr. **...po Millerjevi (*ibid.*) je...** Kadar je referenca edina ali bistvena vsebina opombe, oklepaja ne pišite. Če navajate zaporedoma isti vir, uporabite »*op. cit.*«, npr.: **... (*op. cit.*: 121)...**

• Vse tuje besede (razen imen) in latinske bibliografske kratice (*ibid.*, *et al.* ipd.) pišite ležeče ali podčrtano. Kjer z izvirnim izrazom pojasnjujete svoj prevod, ga postavite v oglati oklepaj, npr.: **... igra [*play*]...**; s tem zaznamujte tudi neizrečen ali izpuščen del citata, npr.: »**... [družina] ima funkcijo...**«, »**... vse tuje besede [...] in latinske...**«.

• Posebna datoteka naj vsebuje *povzetek* v 10-15 vrsticah in *ključne besede*. Omembe avtorja naj bodo *v tretji osebi*.

• Posebna datoteka naj vsebuje *kratko informacijo o avtorju* (v tretji osebi), npr.: **Dr. X Y je docentka za sociologijo na Visoki šoli za socialno delo v Ljubljani, podpredsednica Društva socialnih delavcev Slovenije in pomočnica koordinatorja Evropskega programa za begunce.** Obvezno pripišite tudi svoj naslov in telefonsko številko!

• Če želite, da bi bili v prevodu povzetka ali informacije o avtorju v angleščino rabljeni kakšni posebni strokovni izrazi, jih pripišite med **<>**.

social work
Vol. 38, August-December 1999, Part 4-6
Published by University of Ljubljana School of Social Work
All rights reserved

Editorial Advisory Board

Vika Bevc
Franc Brinc
Gabi Čačinovič Vogrinčič
Bojan Dekleva
Vito Flaker
Andreja Kavar Vidmar
Zinka Kolarič
Anica Kos

Editor
Bogdan Lešnik

Associate Editors
Darja Zaviršek (book reviews)
Srečo Dragoš (research)
Jo Campling (international editor)

Address of the Editors
Topniška 33, 1000 Ljubljana, Slovenia
phone (+386 61) 13-77-615, fax 13-77-122
e-mail socialno.delo@uni-lj.si
www.uni-lj.si/vssd/sd

Editorial Advisory Board (cont.)

Blaž Mesec
Mara Ovsenik
Jože Ramovš
Pavla Rapoša Tajnšek
Tanja Rener
Bernard Stritih
Marta Vodeb Bonač
Marjan Vončina

selected contents on p. 423

Published in six parts per year

socialno delo 38 (1999), 4-6

članki

Vito Flaker
DRUŽBENA KONSTRUKCIJA KARIERE UŽIVALCA DROG 211

Dragica Fojan
DROGA KOT ARGUMENT ZA KAR KOLI 241

Zoran Kanduč
O NEKATERIH NORMATIVNIH VPRAŠANJIH V ZVEZI S POLITIKO DO PREPOVEDANIH DROG 255

Tim Rhodes, Gerry V. Stimson, Nick Crofts, Andrew Ball, Karl Dehne, Lev Khodakevich
INJICIRANJE DROG, HITRO ŠIRJENJE VIRUSA HIV IN »RIZIČNO OKOLJE«:
DEJAVNIKI, KI IMPLICIRAJO HITRO OCENO IN ODZIV 261

Bojan Dekleva
REKREATIVNA UPORABA DROG 281

Peter Stefanoski
MOTIVACIJSKI INTERVJU 287

Dušan Nolimal
TERENSKO DELO Z UŽIVALCI DROG:
SPLOŠNA NAČELA IN DOSEDANJE IZKUŠNJE S TERENSKIM DELOM V SLOVENIJI 293

Jože Hren
TERENSKO DELO 299

Milan Krek
TERENSKO DELO – PRILOŽNOST ZA INTERDISCIPLINARNI PRIJEM 307

Theo van Dam
IZKUŠNJE NIZOZEMSKIH ORGANIZACIJ UŽIVALCEV DROG PRI ZMANJŠEVANJU ŠKODE
(Z NAVODILI ZA VARNEJŠE UŽIVANJE DROG) 315

Kaja Tratnik
METODE DELA NA TERENU 323

Dare Kocmur
PROJEKT STIGMA – RETROSPEKTIVA:
ZA PRAGMATIKO SOCIALNEGA DELA NA PODROČJU DROG 333

Vito Flaker, Vera Grebenc, Nino Rode, Janko Belin, Dragica Fajon, Alenka Grošičar, Ilonka Feher, Mateja Šantelj, Andrej Kastelic, Darja Zupančič, Zlato Merdanović
PODOBE UŽIVANJA HEROINA V SLOVENIJI Z VIDIKA ZMANJŠEVANJA ŠKODE:
PRELIMINARNO POROČILO O RAZISKAVI 341

poročila

PHARE – TA TO DDR: SUB-REGIONALNI PROJEKT NA PODROČJU ZMANJŠEVANJA ŠKODE
• Jože Hren 395

INTEGRACIJA IN MARGINALIZACIJA • Miha Maček 399

10. MEDNARODNA KONFERENCA O ZMANJŠEVANJU ŠKODE, POVEZANE Z UŽIVANJEM DROG
• Vera Grebenc 403

OUTREACH PO SLOVENSKO: DELO Z OSEBAMI UPORABNIKI DROG V NJIHOVEM ŽIVLJENSKEM OKOLJU
• Milan Krek 407

povzetki

SLOVENSKI 413

ANGLEŠKI 418

ISSN 0352–7956 UDK 304+36