

Zmanjševanje škode na področju drog

Harm reduction in the field of drug use

Dragica Fojan

Povzetek

Dragica Fojan, mag. soc. ped., Društvo Svit, Župančičeva 6, 6000 Koper. *Prispevek predstavlja temeljne postavke novega pristopa na področju drog, ki ga poznamo pod pojmom zmanjševanje škode oz. politika normalizacije, in nekatere razlike v argumentaciji, ki jih prinaša. Ob tem izpostavlja vidnejše probleme raziskovanja in uveljavljene obravnave pojava drog. V zvezi s slednjim pozornost posveča predvsem pojavu temeljnega nesporazuma in njegovim posledicam, ki so postale predmet večjega zanimanja predvsem ob pojavu aidsa.*

Ključne besede: prepovedane droge, uporabniki nedovoljenih drog, politika zmanjševanja škode, posledice uživanja drog, aids, obravnava uporabe drog

Abstract

The paper presents basic characteristic of the new approach in the drug field, known as harm reduction or the politics of normalization, and discusses certain differences in argumentation arising from this concept. The paper points out some of the main problems of the research and of the recognized approach to the phenomenon of drugs, focusing on basic misunderstanding and its consequences. This has become a subject of interest especially in connection with the occurrence of aids.

Key words: *illicit drugs, drug users, harm reduction, consequences of drug use, aids, drug use treatment*

Pojem zmanjševanje škode na področju drog ter njegovo uveljavljanje v svetu in v Sloveniji

Zmanjševanje škode na področju drog razumemo predvsem kot pragmatško usmerjeno politiko, ki predstavlja alternativo tako medicinski razlagi "bolezni odvisnosti" kot tudi represivnemu modelu obravnave uporabnikov drog. Pristop gre razumeti »v kontekstu drugih strategij, ki jih ljudje uporabljamo na različnih področjih vsakodnevnega življenja, ko se srečujemo z nevarnimi ali ogrožujočimi situacijami, ki se jim ne moremo ali nočemo povsem izogniti«¹. Njegove začetke lahko vidimo v doktrini obravnave uporabnikov drog že konec devetnajstega in v začetku dvajsetega stoletja. Tedaj so bili poskusi nadzora nad drogo usmerjeni bolj v zagotavljanje kakovosti, čistosti in varnih količinskih odmerkov kakor pa v prepovedovanje uporabe drog. Iz tega obdobja velja posebej omeniti skupino vplivnih britanskih strokovnjakov (Rolleston Committee²), ki so podali mnenje o ustreznosti in

¹ Dekleva in Nolimal, 1997, str. 7.

² Flaker, 2002a, Nedelman, 1997.

možnostih vzdrževalne terapije z opiaty ter opozorili na probleme zgolj k abstinenci usmerjene obravnave in kazenskega preganjanja. Drugi primer zasledimo v začetku 20. stoletja v ameriških programih morfinskega vzdrževanja in vzpodbujanju uporabnikov k prehodu na varnejše droge. Posebej zanimivo v tej zvezi je bilo svetovanje osebam, ki so imele težave zaradi rabe alkohola. Zdravniki so namreč tistim zasvojenim z alkoholom, ki so imeli težave z vzpostavitvijo abstinence, svetovali prehod na opijate.³

Sodobni pojem zmanjševanja škode pa povezujemo z nizozemsko politiko do drog. Konceptualni okvir zmanjševanja škode je na Nizozemskem, v Angliji in Švici obstajal že pred koncem 70-ih let, nevarnost epidemije aidsa med intravenoznimi uživalci drog pa je le pospešila ukrepanje. V mestih, kot so Amsterdam, Liverpool in Zurrich, so se začele prve iniciative v smeri sprememb obravnave fenomena drog. V Amsterdamu predvsem na pobudo samoorganizacije uporabnikov – že pred nastopom aidsa – tj. predvsem zaradi hepatitisa, drugod pa predvsem s strani različnih strokovnjakov.

Področje se je začelo hitro razvijati predvsem v obdobju zadnjih dveh desetletij. Poleg Nizozemske se je pristop kot nosilni del politike do drog uveljavil še v Veliki Britaniji, Švici in Avstraliji, kasneje pa tudi v Nemčiji in Španiji. Veljavo pa dobiva tudi v državah jugovzhodne Evrope in deželah nekdanje Sovjetske zveze ter drugod po svetu. Do največjega razmaha na tem področju pa je prišlo v času epidemije aidsa, ko so različne mednarodne organizacije postavile preprečevanje širjenja aidsa pred preprečevanje rabe drog. Med drugimi sta tudi Svetovna zdravstvena organizacija in Britanski svetovalni zbor za zlorabo drog postavila preprečevanje širjenja HIV kot prioriteto nalogo, torej pred preprečevanje rabe drog.

Prve poskuse sistematičnejšega uvajanja programov zmanjševanja škode na področju drog (terenskega dela, zamenjave igel, zagovarjanja pravice do izbire načina urejanja – prizadevanja za uvedbo metadonske terapije) v slovenskem prostoru pa zasledimo v začetku devetdesetih let. Omenjene dejavnosti so bile povezane z nastankom Društva Stigma / pomoč in samopomoč v zvezi z drogami in aidsom ter raziskovalnim projektom Droge in nasilje. Leta 1992 je bil vzpostavljen tudi prvi program zamenjave

³ Nedelman in drugi, 1997.

injekcij, torej le deset let po prvih takih programih po svetu in kot prvi v državah v tranziciji. Leto kasneje, v času sprejema prvega Nacionalnega programa, sta izšla zbornika Droge na tehtnici in Zbornik razprav iz antiprohibicionističnega foruma, ki sta s svojimi prispevki odprla vprašanje problematike prohibicije drog. Dve leti kasneje, tj. 1994, je bila s sklepom Zdravstvenega sveta dovoljena uporaba metadona v obravnavi uporabnikov drog in bil ustanovljen Center za detoksikacijo. Leta 1995 je bilo na medministrski ravni doseženo soglasje o pomembnosti programov zmanjševanja škode. Istega leta so bili s sklepom Ministrstva za zdravstvo vzpostavljeni centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, ki jih laična javnost pozna predvsem kot metadonske ambulante. Razprava v zvezi z novim pristopom k problematiki drog pa se je intenzivirala, še zlasti v strokovnih krogih, z izdajo zbornika Politika droge: zmanjševanje škode⁴ in s posvetoma, ki ju je organizirala Visoka šola za socialno delo: Pragmatika socialnega dela na področju uživanja drog – socialno delo, zmanjševanje škode in nizkopražni programi (1998) ter Socialno delo, ki sprejema uživanje drog (1999). V letih od 1999 do 2003 so pod naslovom Zmanjševanje škode potekala tudi izobraževanja za strokovne delavce. Izobraževanja, ki jih je organizirala Visoka šola za socialno delo, so bila verificirana s strani Socialne zbornice Slovenije. Posebej velja na tem mestu omeniti še mednarodno konferenco Heroin in Europe (2000), 1. Slovensko konferenco o odvisnosti (1999) in 13. mednarodno konferenco o zmanjševanju škode, ki jo je leta 2002 v Ljubljani organizirala Mednarodna organizacija za zmanjševanje škode v sodelovanju s Fundacijo Odsev se sliši. Pomembno pa so k razvoju in uveljavljanju področja prispevali raziskovalni projekti. Poleg že omenjene raziskave Droge in nasilje gre tu omeniti projekte, kot so bili Ekstazi in plesne droge (1998), Uporaba amfetamina, metamfetamina in drugih sintetičnih drog v Sloveniji (2002), ki ga je izvedlo Združenje Drogart, ter Pharov projekt, v okviru katerega je bila izvedena raziskava pod naslovom Podobe uživanja heroina z vidika zmanjševanja škode (1999/2000).

Pristop zmanjševanja škode je dobil svoje mesto že v prvem Nacionalnem programu za področje drog.⁵ Kasneje je bila ta programska usmeritev na nacionalnem nivoju usklajena na

⁴ Dekleva, Grund in Nolimal, 1997.

⁵ Nacionalni ..., 1992.

medsektorskem sestanku na Otočcu leta 1995. O priznavanju nujnosti uvajanja strategije zmanjševanja škode priča tudi dejstvo, da programe zmanjševanja škode neposredno omenja zakonodaja na področju drog, sprejeta leta 1999. Tako Zakon o preprečevanju rabe nedovoljenih drog in obravnavi uživalcev nedovoljenih drog v svojem 13. členu omenja »programe zamenjave igel, terensko delo z uživalci drog in druge programe zmanjševanja škode«, s čimer pušča odprt prostor za uvajanje inovativnih programov zmanjševanja škode. Pomembno mesto pa je ta pristop dobil tudi v novem Nacionalnem programu za področje drog.

Sprejem pojma in politike zmanjševanja škode v Sloveniji

Kljub naštetemu pa lahko ugotovimo, da do razmaha programov v slovenskem prostoru na tem področju ni prišlo. Poleg metadonskega programa, ki je kot del javnozdravstvene ponudbe najbolj razširjen in ga je glede na vstopne pogoje in odsotnost pogojevanja z abstinenco ter možnost vzdrževanja moč opredeliti kot takega, imamo trenutno le tri programe, katerih osnovna dejavnost je zmanjševanje škode, povezane z rabo heroina, in enega na področju sintetičnih drog; tri v Ljubljani in enega v Kopru. Posebej velja omeniti še program, ki si prizadeva v smeri zmanjšanja posledic kriminalizacije konoplje. V zadnjih letih je sicer več organizacij v svoje programe vključilo dejavnosti zmanjševanja škode, predvsem zamenjavo injekcij, vendar bolj v smeri dopolnila drugim dejavnostim, in jih po ideoloških izhodiščih ne gre razvrstiti med programe zmanjševanje škode. Zaradi slednjega je, z namenom spodbujanja oblikovanja novih programov pomoči na tem področju, v preteklem letu začela delovati Iniciativna skupina za razvoj novih programov, sestavljena iz predstavnikov Fakultete za socialno delo, Urada za droge, Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve ter predstavnikov nevladnih organizacij (Stigma, Svit, Drogart). Eden od ciljev skupine je tudi spodbujanje raziskovanja na področju drog in s tem identifikacija potreb v lokalnih skupnostih. Poleg tega ima skupina vlogo povezovalca med izvajalci programov oz. pobudniki in lokalnimi oblastmi. Nenazadnje pa je njena vloga tudi v promociji pristopa zmanjševanja škode ter posredovanju praktičnih napotkov glede raziskovanja, priprave projektov in implementacije.

Kolikor spremljamo strokovno diskusijo, deloma tudi medijsko poročanje, čeprav je to pri slednjem manj očitno, še vedno ga namreč zaznamuje predvsem izključujoč "ali-ali", tj. vprašanje kaznovanje

ali terapija, vidimo, da se zmanjševanje škode v javnosti različno predstavlja. Tako se o zmanjševanju škode najpogosteje govori kot o dopolnilu ostalima strategijama spoprijemanja s pojavom drog, tj. zmanjševanju ponudbe in zmanjševanju povpraševanja. V tej zvezi se običajno govori o pluralizaciji programov. Pojem nizkopražni programi, kar je drug termin za programe zmanjševanja škode, se običajno postavlja v nasprotje s pojmom visokopražni oz. terapevtski programi. Osnovo za razločevanje v slednjem primeru, torej ko je govora predvsem o programih, predstavljajo vstopni pogoji oz. zahteve, ki jih mora izpolnjevati iskalec pomoči za sprejem v določen program. Pojem visokega praga je tako praviloma povezan z izraženo namero po popolni opustitvi uživanja drog. Tretja skupina programov na področju drog, ki se od omenjenih razlikuje predvsem glede na ciljno skupino, so preprečevalni programi (t. i. primarno-preventivni programi). Tudi te je, predvsem v zadnjem času, moč dalje deliti glede na njihova ideološka izhodišča oz. z drugimi besedami glede na to, na katero od interpretacij pojava drog se naslanjajo.

Razumevanje zmanjševanja škode kot dopolnilne strategije je moč razbrati tudi iz novega Nacionalnega programa za področje drog, saj ta sočasno poudarja tudi pomembnost zmanjševanja povpraševanja in preprečevanje ponudbe.⁶ Na drugi strani pa se zmanjševanje škode predstavlja kot novo paradigmo na področju drog. O zmanjševanju škode se tako govori kot o strategiji, ki nastane kot rezultat uvida v posledice družbenega odziva na pojav in prinaša doktrinaren premik tudi na področju terapije in preprečevanja.

Pomembne razlike zasledimo tudi v predstavljanju ciljev zmanjševanja škode. Tako se na eni strani kot ključni argument uvajanja nizkopražnih programov navaja epidemijo aidsa in se kot najpomembnejše vodilo oz. cilj postavlja preprečevanje okužb. Na drugi strani pa je preventiva okužb le ena od pomembnih dejavnosti. Več poudarka je na zmanjševanju socialnih posledic uživanja drog, zdravstvene posledice pa so dojete v odnosu do le-teh kot bistveno določene z njimi. S tem je cilj v drugem primeru zastavljen širše, znan pod pojmom normalizacija (uporabe drog). Zato se kot sinonim za zmanjševanje škode uporablja pojem politika normalizacije.

Pomembne pa so tudi razlike v vsebini pojma "tipični (uživalec

⁶ Glej Kocmur, 2004.

drog)". Kolikor je v posameznih argumentacijah »tipično« definirano negativno, torej kot odsotno/nedoločljivo, saj tako boji za vsebino tipičnega kot koeksistenca različnih tipičnih tipov pričajo o nezmožnosti njegove določitve, se v drugih običajno pojavljajo kot tipični štirje tipi uživalcev: bolnik, kriminallec, socialno deprivilegiran in odgovoren, ki izbira med dostopnimi načini povečevanja storilnosti, doseganja ugodja oz. izogibanja neugodju. Kolikor sledimo govoru o drogah, vidimo, da prihaja do mešanja in koeksistence sicer nasprotujočih si tipov. Tako v medijih in posledično v laični javnosti še vedno prevladuje predstava o uporabniku drog kot svojevrstnem hibridu med kriminalcem in bolnikom. Delitev, izpeljana glede na razlike v pojmovanju odgovornosti posameznika, je sicer značilna za govor o drogah nasploh. V argumentaciji zmanjševanja škode (predvsem v ZDA) pa zasledimo predvsem slednja dva navedena tipa.

Razlike v predstavljanju oz. argumentiranju je moč razumeti kot pokazatelje diskurzivnih bojev. V zvezi s slednjim so zanimivi tudi pozivi nekaterih k "strokovnosti" in prekoračitvi ideoloških razlik. V tem kontekstu gre brati tudi navedbo iz zapisnika nedavnega srečanja med predstavniki Urada za droge in nevladnimi organizacijami, ki delujejo na tem področju, na podlagi katere je moč napačno sklepati na obstoj enotne in usklajene politike nevladnih organizacij na področju drog: »Denar, ki bi ga ministrstvo namenilo Zvezi NVO, bi pomenil podporo politiki NVO na področju drog.« V tovrstnih navedbah kot tudi v prevajanju prevladujoči interpretaciji nasprotujočih tez v njej skladne lahko vidimo poskus nevtralizacije nasprotujočih interpretacij.

Gotovo najobširnejšo in utemeljeno argumentacijo zmanjševanja škode v slovenskem prostoru zasledimo v delu Podobe uživanja heroina avtorja Vita Flakerja, ki zajema tudi zemljevid uživanja heroina v Sloveniji. Delo tako prinaša možnost vpogleda v demografske značilnosti, zdravstvene in socialne posledice uživanja drog, strategije življenja na sceni, institucionalni odziv, službe idr. Obenem pa je delo tudi izhodišče za temeljito preverjanje znane pripovedi o heroinu in uporabnikih drog, saj le-to s svojimi ugotovitvami predstavlja na polje mita. V nadaljevanju sledi prikaz temeljnih postavk zmanjševanja škode, ki so podrobneje predstavljene in utemeljene v omenjenem delu.

Temeljna izhodišča pristopa zmanjševanja škode

Prva od temeljnih postavk pristopa zmanjševanja škode, ki jo gre omeniti, je v tem, da⁷ prekinja z racionalistično paradigmo, ki vzdržuje mit o možnosti "končne rešitve" problema drog. Tako imenovani "boj proti drogam" je razumljen v prvi vrsti kot boj proti ljudem, ki uživajo droge, deklarirani končni cilj, družbo brez drog pa kot zainteresirano iluzijo. Na ravni posameznika za razliko od tradicionalnega pristopa, ki ocenjuje uspeh preprečevanja in terapije z abstinenco kot končnim in edinim ciljem, praksa zmanjševanja škode daje prednost vzpostavljanju oz. krepitvi stikov s socialnimi in zdravstvenimi službami ter različnimi drugimi programi pomoči. Tako ocenjuje kot uspeh vse spremembe v smeri zmanjševanja tveganj. Zato je za prakso zmanjševanja škode posebej pomembna identifikacija dejavnikov, ki vplivajo na "izbiro" med tvegano in manj tvegano rabo drog kot tudi na kontrolirano oz. nekontrolirano uživanje drog.

Posledično je druga značilnost pristopa v tem, da uvaja v službe, ki so na voljo uživalcem, pojem nizkega praga, kar pomeni večjo dostopnost in odsotnost pogojevanja pomoči z zahtevo po abstinenci. Izkazana želja po abstinenci tako ne predstavlja več zahtevanega predpogoja za nudenje storitev oz. pomoči. Sledeč različnim raziskavam, je namreč izključno osredotočenje na abstinenco privedlo do "izgube realnosti" ter povečalo razdaljo med socialnimi/zdravstvenimi delavci in njihovimi strankami, s tem pa zaustavilo vse nujne oblike podpore. Pokazalo se je, da se je s pogojevanjem pomoči s popolno opustitvijo uživanja drog marginaliziralo velik del skupine uživalcev drog. Posledično je tako nemajhen del uporabnikov ostal med drugim tudi brez ustreznih informacij o širjenju virusa HIV, ostalih s krvjo prenosljivih virusov (tipi hepatitisa) ter drugih poškodb zdravja v povezavi z injicirajočim načinom uživanja drog.

Upošteva je slednje kot tudi druge posledice, povezane s kriminalizacijo in socialnim izključevanjem, filozofija zmanjševanja škode poudarja, da imajo uživalci drog – tudi v primeru nadaljnega uživanja – pravico do človeka vrednih zdravstvenih in socialnih življenjskih razmer ter opozarja na nedopustnost pogojevanja

⁷ Flaker, 1999.

dostopa do teh pravic z abstinenco in prilagojenim vedenjem. Glede na to da se pristop zmanjševanja škode skoraj praviloma povezuje s t. i. nizkopražnimi programi, velja omeniti, da zmanjševanje škode nikakor ni omejeno samo na tovrstne programe, temveč predstavlja pomemben doktrinarni premik tudi na področju t. i. visokopražnih pristopov.

Če povzamemo, gre za to, da zagovorniki zmanjševanja škode ocenjujejo kot problematično pogojevanje pomoči in neprostovoljno zdravljenje, medtem ko v abstinenci vidijo pomemben način zmanjšanja škode, povezane z uživanjem drog. Poleg tega predvsem raziskovalci opozarjajo na obstoj palete različnih načinov doseganja abstinence. V tej zvezi so zanimivi predvsem načini, ki so nastali na sami sceni, saj med drugim pokažejo, da je abstinence lahko (nenamerna) posledica ureditve oz. predhodnega zmanjšanja predvsem socialnih posledic rabe drog. Slednje pa postavlja pod vprašaj prevladujočo doktrino, ki v ospredje, tj. kot prvi cilj, postavlja opustitev uživanja drog. Ilustrativen primer temu, da je abstinenco moč doseči po predhodni ureditvi predvsem socialnih posledic uživanja drog, je nadomestna metadonska terapija, ki omogoča večjo socialno stabilnost in s tem novo perspektivo za doseganje drugih ciljev. Na drugi strani pa tezo potrjujejo tudi neuspešne obravnave, npr. recidivi po dolgoletni obravnavi v terapevtski skupnosti, ki so pogosto rezultat tega, da se posamezniki po odpustu znova znajdejo v neugodni socialni situaciji (v najslabšem primeru brez stanovanja, brez zaposlitve, brez nove socialne mreže). Prav zaradi tega se izvajalci v nizkopražnih programih ne fokusirajo izključno na rabo drog, temveč je njihovo delovanje usmerjeno v preprečevanje socialnega izključevanja. Tako je bistveno vprašanje, kako posameznik funkcionira, in ne več, ali in koliko uporablja droge.

Z navedenim se očitki nasprotnikov zmanjševanja škode, ki pristop enačijo s podpiranjem (omogočanjem ali celo spodbujanjem) uživanja drog in obtožujejo njegove zagovornike celo za dvig prevalence rabe drog, izkažejo za neutemeljene. Razumeti jih gre predvsem kot dokaz neustrezne seznanjenosti s pristopom in kot posledico dolgoletnega vztrajanja prohibicionistične razlage pojava.

Tretja pomembna značilnost pristopa je v tem, da uvade kot kriterij intervencije pragmatiko, ravna se po tistem, kar je uspešno, kar ima oprijemljive rezultate, ne pa po tistem, kar naj bi bilo pravilno oz. kar zahteva dominantni diskurz o normalnosti.

Četrta, da poudarja pomen sodelovanja uživalcev drog in uporabnikov služb ter krepitev njihove moči.⁸

Uživalec drog je v paradigmi “zmanjševanja škode” prepoznan kot osebnostno in socialno odgovorna/kompetentna oseba, ki med drugim uživa droge. Poudarek je na aktivnem vključevanju uživalca drog v načrtovanje in izvajanje “pomoči”, kar pospešuje njegovo socialno vključevanje, njegovo socialno kompetenco in posledično zmanjšuje vse vrste škode, ki jih povzročata uživanje drog. S tega gledišča je redukcija posameznika na “odvisnika”, “narkomana”, “bolnika”, “objekt skrbi” ipd. neustrezna. Poleg tega pa so ravno uživalci tisti, ki najbolj poznajo t. i. sceno drog, tveganja, načine uživanja ipd., zato je njihovo vključevanje v načrtovanje in izvajanje programov ključnega pomena.

Potreba po ustreznem razumevanju pojava na osnovi empiričnega raziskovanja stvarnosti

Kot rečeno gre izhodišče za oblikovanje ustreznih intervencij zmanjševanja škode iskati v raziskovanju pogojev in načinov rabe drog ter subjektivnih percepcij/teorij uživalcev drog. Dejstvo je namreč, da je predloga prikazovanja fenomena drog nastala v kliničnih raziskavah, čemur je sledilo posploševanje ugotovitev na vse uporabnike drog. S tem so individualne kariere postale osnovna matrica za razumevanje in posledično obravnavanje t. i. problematike drog. Kolikor si pogledamo podatke, ki zadevajo rabo drog v slovenskem prostoru, lahko vidimo, da ti podatki običajno prikazujejo le število iskalcev pomoči oz., kar zadeva policijske statistike, število kršiteljev zakona. Tako podatki govorijo predvsem o tistih uporabnikih, ki imajo težave zaradi večletnega uživanja nedovoljenih drog. Za razliko od teh imamo o drugih uporabnikih na voljo le malo podatkov. Tako le malo vemo o tistih uporabnikih, ki droge uporabljajo rekreativno ali redno, a niso zasvojeni, in o tistih, pri katerih zasvojenost ni povezana s socialno degradacijo. V tej zvezi so zanimive predvsem strategije obvladovanja in prikrievanja zasvojenosti, ki so nastale kot rezultat strahu pred razkritjem in stigmo, ki je običajno povezana s socialnim izključevanjem in

⁸ Flaker in drugi, 2002.

degradacijo. Ena takih strategij je tudi kupovanje metadonske solucije oz., v preteklosti, tablet na črnem trgu. To kaznivo in tvegano početje se nam z druge perspektive pokaže kot racionalno. Upošteva namreč posledice razkritja kot tudi prevladujočo percepcijo te oblike pomoči in uporabnikov metadona. Podobno bi lahko pokazali tudi za druga, na videz ali pa dejansko tvegana, za nas nerazumljiva ali nemoralna dejanja uporabnikov drog.

Osnovna pomanjkljivost prevladujočih programov pomoči je torej ta, da so se oblikovali na podlagi predpostavljene podobe o uživalcih drog (na predpostavki, da vemo, kaj je za njih dobro in prav) brez upoštevanja realnosti in dejanskih potreb uporabnikov. Kot eno pomembnejših posledic obravnavanja uporabnikov drog gre omeniti nastalo razdaljo med uporabniki drog in strokovnimi delavci, ki jo opisujejo pojmi, kot so nezaupanje, sumničavost, črno-bela percepcija, stereotipno razumevanje, dvom v kompetentnost, odklanjanje oz. na drugi strani odrekanje ali pogojevanje pomoči ipd. V zvezi z dvomom v kompetentnost strokovnih delavcev in odrekanjem pomoči je zanimiva Guattarijeva navedba⁹, zaradi katere se psihiatri uporabnikov drog bojijo, slednji pa dvomijo v njihovo kompetentnost, saj nakazuje problem transfernega razmerja oz. sprewnitve vlog v terapevtski situaciji. Problem oz. želja po razrešitvi je (v nekaterih primerih) bolj stvar terapevta kot uporabnika. Neuspehe prisilnega/neželjenega zdravljenja je moč razumeti tudi skozi razliko med *psihiatričnim* in *analitičnim* simptomom, znano iz psihoanalitične teorije. Omenjena razlika je v tem, da slednjemu (analitičnemu) za razliko od prvega, ki temelji na zunanji oceni, lahko manjka "objektivnosti", kar pomeni, da ga okolica nujno ne izkuša kot problematičnega, temveč je omejen zgolj na subjektivno notranjost. Za lažje razumevanje pojma "temeljnega nesporazuma" lahko problem rabe drog opredelimo kot psihiatrični

⁹ »Po mojem naj bi se normalen bolnik v odnosu do zdravnika postavil v podrejeni položaj, ki je tako rekoč etološkega reda, in prav to je nekaj, kar narkomani počno zelo redkokdaj. V njihovem odnosu do osebe, ki se je namenila priskočiti na pomoč, je nekakšen prezir.« (Guattari, 1992) Tovrstni odzivi uporabnikov, ki dodatno osvetljujejo problem temeljnega nesporazuma, se izražajo v navedbah tipa: »ne moreš me razumeti, če nisi poskusil«, »kako lahko pišeš o drogah, če nisi bil nikoli zadet«, »kako lahko govoriš o legalizaciji, če ne veš, kakšno sranje je droga«, "najboljši terapevt je lahko samo bivši uporabnik, ki pozna vse 'finte'" itd. Značilno za te odzive je, da temeljijo na logiki, po kateri je razumevanje mogoče zgolj "med enakimi", tj. izključujoči logiki, ki pa jo družbene institucije podpirajo.

simptom, torej kot nekaj, kar je moteče predvsem za druge (svoje, okolico). Kot vemo, se številni uporabniki drog odločajo za terapijo zaradi pritiskov oz. zahtev s strani okolice (staršev, partnerjev, delodajalcev, sodišča itd.). Tako lahko razlog neuspehov in težav neželjenega/neprostoovoljnega zdravljenja identificiramo v specifični modalnosti tovrstnega vstopa v proces zdravljenja, torej v vstopu brez predhodne subjektivizacije (zunanjega) mandata.¹⁰

Kot možna rešitev se v primeru temeljnega nesporazuma nakazuje ravno premestitev pogleda z (izključno) rabe drog na problem socialnega izključevanja. Kolikor v fokus ukvarjanja vzamemo problematiko izključevanja, se položaj pomembno spremeni, posebej (tudi kratkoročno) kar zadeva kompetenco strokovnih delavcev.

Da imata dramtizacija in temeljni nesporazum pomembne učinke in ju zato nikakor ne gre spregledovati, kažejo tudi izsledki raziskav nekaterih zahodnoevropskih in ameriških držav. Sledeč tem vidimo namreč, da manj kot 10 % uživalcev drog išče stik z obstoječimi službami pomoči.¹¹ Slednje pa je, kot rečeno, postalo posebej problematično ob pojavu epidemije aidsa, saj so številni uporabniki ostali brez ustreznih informacij o načinih preprečevanja poškodb zdravja. Poleg omenjenega pa je pri iskanju ustreznih oblik pomoči potrebno upoštevati dejstvo, da verovanje v ustaljeno, deterministično predstavo, po kateri "zasvojenost neizogibno vodi v psihični in fizični razkroj, ne prispeva k razumevanju različnosti življenjskih razmer in osebnosti ljudi, ki uživajo droge".¹² Tako ta kot druge znane stereotipne predstave, povezane z uživanjem drog in njihovimi uživalci, zgolj mistificirajo vprašanje zasvojenosti in ovirajo iskanje ter implementacijo intervencij in programov, utemeljenih na potrebah in zahtevah uporabnikov. Na drugi strani pa uporabnike nenehno silijo v vlogo nedoletnih žrtev ter ne dopuščajo možnosti izstopa iz dodeljene jim vloge. "Odvzem socialne kompetence" pa nikakor ne more prispevati k realizaciji razvpitega cilja – socialne reintegracije uporabnikov drog.

¹⁰ »Nekatere paciente k analizi pripravijo starši ali prijatelji; njihov položaj odpira posebno vprašanje analize: kadar pride subjekt v analizo z vnanjim mandatom, je ključnega pomena /.../ subjektivacija tega mandata.« (Freud po Miller, 1992: 60)

¹¹ Glede na dostopnost metadonske terapije v slovenskem prostoru je domnevati, da izsledkov tujih raziskav ne gre enostavno prenašati v naše razmere.

¹² Herwing Lempp, Stover, 1992.

Kot že rečeno politika zmanjševanja škode poudarja najnost razlikovanja med (neposrednimi) posledicami rabe drog in posledicami družbenega odziva na pojav drog (posrednimi). Kolikor vzamemo v premislek zgolj klasifikacijo poškodb, povezanih z rabo drog, ki jo je podala Svetovna zdravstvena organizacija (1998)¹³, lahko rečemo, da razločevanje med neposrednimi in posrednimi posledicami rabe drog še zdaleč ni enostavno in meja ni jasno določljiva.

Poleg spoznavanja dejavnikov, ki vplivajo na izbiro med tvegano in manj tvegano rabo drog, je za zmanjševanje škode pomembno tudi poznavanje posledic rabe drog. Omenjena klasifikacija SZO posledice rabe drog deli na:

- a) Posledice doziranja in mešanja. Gre za posledice, kot so predoziranje, problemi, povezani z mešanjem snovi oz. souporabo različnih drog (npr. alkohol in heroin). Glede na to da so droge stvar črnega trga in s tem podrejene njegovim zakonitostim, uporabniki nimajo informacij o njihovih jakosti, čistosti in primeseh.
- b) Neposredne duševne poškodbe. Na tem mestu gre posebej omeniti ugotovitve nekaterih raziskav, sledeč katerim se je število iskalcev pomoči zaradi tovrstnih poškodb po določenem obdobju, ko se je raba določene snovi normalizirala, kar pomeni, da so uporabniki dobili določeno znanje in izkušnje glede njene uporabe, pomembno znižalo.¹⁴
- c) Poškodbe, ki izhajajo iz zmesi. Tu gre omeniti problem zdravju nevarnih primesi (npr. strihnin¹⁵), ki se predvsem z namenom količinskega povečanja odmerkov dodajajo drogam.
- d) Poškodbe, ki so posledica načina uživanja. Gre predvsem za posledice injiciranja, infekcije na mestu vbodov, poškodbo nosnega pretina pri uživanju kokaina ipd. Tudi v poškodbah kože ali žil, ki nastajajo pri injiciranju, je moč identificirati dejavnike družbenega odziva, saj so npr. neustrezni pogoji injiciranja, strah, živčnost, naglica pri injiciranju, primesi, souporaba pribora ipd. pogost razlog teh poškodb.

¹³ Flaker, 2002.

¹⁴ Glej Flaker, 2002.

¹⁵ Strihlina se sicer v prvi vrsti ne dodaja zaradi količinskega povečanja odmerka, temveč zaradi njegovega učinkovanja. Intenzivnejši fleš, ki ga povzroči dodatek strihnina, je moč napačno razložiti kot posledico čistejšega heroina.

- e) Poškodbe, povzročene s prenosom nalezljivih bolezni. Tu gre omeniti poleg HIV/aidsa še hepatitis in tuberkulozo. Kot vemo, je te posledice moč preprečiti s preventivnimi ukrepi, pri tem pa imata pomembno vlogo dostopnost pripomočkov za uživanje in informiranje o manj tveganih vedenjih.
- f) Poškodbe, povezane z življenjskimi okoliščinami. Gre za probleme, povezane z materialno stisko, neustreznimi bivanjskimi pogoji, neustreznim prehranjevanjem ipd.
- g) Poškodbe, povezane z življenjskim stilom. Tu gre omeniti problem nasilja, nesreč in kriminala, gre torej za probleme, ki so povezani predvsem z nabavo oz. črnim trgov. Zanimiva v tej zvezi je pravzaprav prva od kvalitativnih študij, izvedenih v slovenskem prostoru, Droge in nasilje, kjer avtorji pokažejo na uporabnike drog kot predvsem na žrtve nasilja in ne povzročitelje, kar se pomembno razlikuje od splošne predstave.

Kot rečeno so različne predvsem novejšje kvalitativne študije izpostavile problem izoliranega preučevanja fenomena drog in opozorile na nujnost upoštevanja družbenega konteksta ter seveda učinkov specifične družbene reakcije na pojav. V zvezi s slednjim različni avtorji govorijo o "fabriciranju toksikomanije"¹⁶ ter uživanje drog, vključno z zasvojenostjo in džankizacijo, pojmujejo kot psihosocialni proces. S tega gledišča pa ni več mogoče potegniti enostavnega enačaja med uživanjem heroina/njegovimi farmakološkimi značilnostmi in "produktom uživanja drog", tj. "toksikomanom/narkomanom/džankijem". Če kje, naj bi torej odgovor na vprašanje zasvojenosti in džankizacije iskali onstran kemije, farmakologije in bioloških sprememb, tj. v družbenih in medosebnih odnosih. Z drugimi besedami gre vzrok džankizacije iskati v družbenih značilnostih heroina oz. pomanjkanju drugih socialnih vlog, kar je posledica stigmatizacije in socialnega opustošenja.

Drugače povedano gre za to, da prevladujoč diskurz o drogi spregleda elemente konstrukcije (vloge/identitete) džankija in džankizacijo zmotno interpretira kot neposredno posledico uživanja heroina. Zato vidi rešitve zmanjševanja škode predvsem v:¹⁷

- izogibanju kriminalizaciji (gre za ukrepe od dekriminalizacije posesti za lastno uporabo do ureditve področja zunaj področja kazenskega prava),

¹⁶ Glej Szasz, 1991.

¹⁷ Flaker, 1999.

- zaščiti pravic in korektnosti v različnih postopkih in obravnavah; sledeč izkušnjam iz prakse lahko vidimo, da neredki uporabniki s svojimi pravicami niso seznanjeni kot tudi, da se v primerih, ko pravice in/ali postopke poznajo, zaradi učinkov stigme zanje ne zavzemajo,
- normalizaciji oz. dedramatizaciji uživanja drog, kar zahteva dekonstrukcijo diskurza o drogi in "redčenje" družbene vloge džankija (uživalca drog); v zvezi s slednjim so pomembni v prvi vrsti ukrepi na področju zaposlovanja, izobraževanja in stanovanjske politike; poleg tega pa je potrebno vzpodbujati nastanek uporabniških organizacij in razvijati oblike pomoči, upoštevaje potrebe in pobude uporabnikov.

Poleg posledic strategije ukvarjanja s pojavom velja posebej izpostaviti tudi problem sprevida povezanosti med spremembami v političnem in socialnem okolju ter spremembami pri uživanju drog. Dejstvo je namreč, da družbeni kontekst in materialni pogoji vplivajo na percepcijo tveganja in seveda možnosti za zmanjševanje/izogibanje le-temu. Tako so ranljivejše skupine bolj izpostavljene različnim tveganjem, seveda tudi problematičnejšemu uživanju drog. Upoštevaje do sedaj navedeno, je problematiko uživanja drog nujno preučevati znotraj tega konteksta. Tako je pri načrtovanju intervencij potrebno upoštevati dejstvo, da na vedenjske spremembe poleg posameznikovega poznavanja nevarnosti in tveganih vedenj, svojih želja in motiviranosti za spreminjanje lastnega vedenja pomembno vplivajo možnosti, ki jih ima določena oseba za uresničitev sprememb (in ohranjanje sprememb) vedenja. Zato zmanjševanje škode v ospredje postavlja nujnost raziskovanja družbenih in materialnih dejavnikov tveganja, torej dejavnike, ki jih je prohibicionistični model obravnave (ki ga na tem mestu razumemo kot sprego med kazenskopravnim in medicinskim modelom obravnave) spregledoval in zmotno interpretiral zgolj skozi biologijo, kemijo in farmakologijo.

Literatura

Dekleva B., Grund, J.-P., Nolimal, D.(1997). Paradigma zmanjševanja škode v Sloveniji. *Mreža drog*, 2-4(5), s. 5 –8.

Dekleva B., Grund, J.-P., Nolimal, D. (1997). Politika droge: zmanjševanje škode. *Mreža drog, 2-4 (5)*.

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

Flaker V. in drugi (1999): Podobe uživanja heroina z vidika zmanjševanja škode. *Socialno delo, 4-6(38)*, s. 341-395.

Flaker, V. in drugi (2002). *Živeti s heroinom I. Družbena konstrukcija uživalca drog*. Ljubljana: Založba/cf*.

Fojan D. (1999). Droga kot "argument za karkoli". *Socialno delo, 2-4(38)*, s. 241-255.

Guattari, F. (1992). Molekularna revolucija. *Časopis za kritiko znanosti, 146-147(20)*, s.204-206.

Herwing Lempp, J., Stover, H. (1992). Temelji socialnega dela, ki akceptira uživanje drog. *Iskanja, 9(12)*, s. 73-96.

Kocmur, D.(2004). Droge in zmanjševanje škode kot nova paradigma v politiki do drog – nekaj izhodišč. Neobjavljen prispevek. Ljubljana.

Miller, J.A. (1992). Etika v psihoanalizi. *Razpol 7*, s. 59-70.

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

Nedelman E. in drugi (1997): Mednarodne perspektive. *Mreža drog, 2-4(5)*, s. 164 201.

Stefanoski P. (2004). Strokovna paradigma zmanjševanja škode zaradi uživanja drog. *Interno glasilo Društva Svit, 1(1)*, s. 7-10.

Szasz, T. (1991). *Il mito della droga*. Milano: Universale Economica Feltrinelli.

Strokovni članek, prejet avgusta 2004.