

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

TJAŠA PODPEČAN

Mentorica: redna prof. dr. Tanja Rener

DRUŽBENA REINTEGRACIJA ODVISNIKOV IN ODVISNIC OD
NEDOVOLJENIH DROG V SLOVENIJI
DIPLOMSKO DELO

LJUBLJANA

2006

*Vse razlike,
vsi nesporazumi,
vse drugačnosti
pri ljudeh tostran
in onstran prepada
so premostljivi
z malo dobre volje.*

Z voljo do dobrega.

*Brez te volje
pa nihče ne pride
niti
čez najmanjšo razpoko.*

(Elizabeth S. Lukas)

ZAHVALA

Za strokovno pomoč in nasvete pri pisanju diplomskega dela se iskreno zahvaljujem mentorici redni prof. dr. Tanji Rener.

Prisrčna hvala vsem, ki so mi kakorkoli pomagali pri nastajanju diplomske naloge.

Zahvaljujem pa se predvsem mami in očetu, ki sta me vsestransko podpirala in me vzpodbujala skozi vsa leta študija.

KAZALO

1	UVOD	4
2	ZASVOJENOST IN ODVISNOST	7
3	TIPOLOGIJA UŽIVANJA DROG	12
4	VZROKI IN POSLEDICE ODVISNOSTI IN ZASVOJENOSTI OD DROG	15
4.1	VZROKI UŽIVANJA DROG MED MLADIMI.....	17
5	REINTEGRACIJA	19
6	STIGMA	21
7	STIGMATIZACIJA V SFERI DELA	24
8	STIGMATIZACIJA V SFERI DRUŽINE	28
9	SOCIALNA IZKLJUČENOST IN VKLJUČENOST	30
10	PREVENTIVA	33
11	PROGRAMI VISokega PRAGA	37
11.1	DETOKSIKACIJA.....	38
11.2	PSIHOTERAPIJA.....	39
11.3	KOMUNE IN TERAPEVTSKE SKUPNOSTI	40
12	PROGRAMI NIZKEGA PRAGA	41
12.1	SOCIALNO DELO, KI AKCEPTIRA UŽIVANJE DROG.....	42
12.2	METADONSKI VZDRŽEVALNI PROGRAM	45
12.3	TERENSKO DELO Z UŽIVALCI DROG.....	46
12.4	SKUPINE ZA SAMOPOMOČ.....	47
13	POTREBE IN ŽELJE ODVISNIKOV IN ODVISNIC OD NEDOVOLJENIH DROG	48
14	UKREPI IN PROGRAMI NA PODROČJU REINTEGRACIJE	50
14.1	DRUŠTVO PROJEKT ČLOVEK.....	55
14.2	ZAVOD PELIKAN - KARITAS	60
14.3	UP – DRUŠTVO ZA POMOČ ZASVOJENCEM IN NJIHOVIM SVOJCEM.....	62
14.4	CENTER ZA ODVISNOSTI KRANJ	64
14.5	PROGRAM NAPREJ ZMOREM SAM(A).....	66
15	ZAKLJUČEK	71
16	LITERATURA IN VIRI	74
16.1	LITERATURA.....	74
16.2	MEDMREŽJE IN OSTALI VIRI	79

1 UVOD

Uživanje drog je v sodobni družbi globalen pojav, s katerim se soočajo skoraj vse države sveta. Uživanje drog je tudi javni, družbeni, kulturni in politični pojav. Dandanes droge v širšem pomenu besede uživamo skoraj vsi: kava, cigareti, alkohol, pomirjevala...Različne odvisnosti od hrane, dela, spolnosti, športa, adrenalina, internetnega flirtanja, računalniških igrice, televizije, sms sporočil, ne dojemamo kot družbeni problem. Čisto drugače se v naši družbi odzivamo na odvisnosti od nedovoljenih drog:

»Nedovoljene droge navadno definiramo kot družbeni problem...Družbeni problem je tisto, kar ljudje razumemo kot družbeni problem, kar nam je predstavljeno kot družbeni problem, kar smo pripravljene sprejeti kot družbeni problem. Drugače, družbeni problemi so politično in socialno (medijsko) konstruirane naprave« (Rener v Flaker, 2002a: 6).

Javnost in mediji imajo do uživalcev drog in abstinentov pretežno odklonilno stališče, ki je usmerjeno k popolni rešitvi »problema drog«. V javnosti je še vedno razširjeno prepričanje, da uživanje nedovoljenih drog pelje v propad. Veliko ljudi droge asociirajo na smrt. K temu pripomorejo tudi mediji, ki na zelo senzacionalističen način poročajo o problematiki drog (srhljivi prizori odvisnikov¹, »džankiji« na robu propada...). Izpostavljen je »boj proti drogi«, ki stremi k prepovedi in drugim represivnim ukrepom. S tem se (zdravljene) odvisnike etiketira ter stigmatizira in se jih postavlja v položaj grešnih kozlov.

Družbena reakcija na uživanje drog, je proizvedla socialno izobčenje, fizično ter psihično propadanje odvisnikov od drog, kar se pogosto zamenjuje z učinki drog, čeprav gre za odraz posledic politike do drog oz. skupka družbenih reakcij, ki odvisnika od drog kriminalizirajo in patologizirajo (Herwig-Lempp in Stover, 1992: 77). Odvisniki od nedovoljenih drog in abstinenti so zaradi svojih lastnosti, načina življenja, življenjskih okoliščin ali pripisane stigme, pogosto marginalizirani ter ogroženi s socialno izključenostjo. Soočajo se z različnimi prikrajšanostmi (kot je npr. finančna, izobrazbena, zaposlitvena, stanovanjska...). Odvisnike od nedovoljenih drog in abstinate smo postavili na družbeni rob in zato je pomembna njihova ponovna vključitev v družbo.

¹ Flaker in nekateri drugi avtorji menijo, da izrazi kot so npr. narkoman, zasvojenec, odvisnež, odvisnik, človeka umestijo v precej negativno družbeno vlogo. Sama v diplomski nalogi uporabljam izraz odvisnik/ odvisnica, saj se osredotočam na uživalce in uživalke nedovoljenih drog, ki so bili, ali so od drog odvisni (psihično ali fizično ali oboje) in zaradi tega čutijo negativne posledice v njihovem življenju. Vendar z izrazom odvisnik ne želim nikogar žaliti, ali ga postavljati v manjvreden položaj.

Družbena reintegracija je v primerjavi z zdravljenjem manj uveljavljen odziv na uživanje drog in zato sem se odločila, da napišem nekaj več tudi o tej prav tako pomembni tematiki.

V diplomskem delu želim raziskati, kakšni ukrepi in programi se pri nas izvajajo za lažjo družbeno reintegracijo (zdravljenih) odvisnikov in odvisnic od nedovoljenih drog. Na samem začetku bom predstavila nekaj različnih pogledov na zasvojenost in odvisnost. Nadaljevala bom s tipologijo uživanja drog in razlago pojmov reintegracije in stigme. Prikazala bom tudi vzroke in posledice uživanja drog ter izpostavila problematiko socialne izključenosti in vključenosti. Osredotočila se bom na probleme, s katerimi se srečujejo (zdravljeni) odvisniki od nedovoljenih drog, pri njihovi reintegraciji v sfero družine, dela in izobraževanja. Obstajajo različni družbeni odzivi glede uživanja drog in na podlagi tega so se oblikovali tudi različni programi nudenja pomoči odvisnikom od drog ter abstinentom. Primerjala in analizirala bom ukrepe in programe pomoči v Sloveniji. Pri vsem tem pa ne bom pozabila tudi na potrebe in želje odvisnikov in odvisnic od nedovoljenih drog.

Temeljni pristop diplomskega dela je teoretični, nekatere teoretične ugotovitve sem skušala podkrepiti s podatki empiričnih raziskav. Deskriptivna metoda mi je omogočala opisati različne programe nudenja pomoči namenjene (zdravljenim) odvisnikom in odvisnicam od nedovoljenih drog. Primerjalno metodo sem uporabila pri ugotavljanju podobnosti in razlik programov nudenja pomoči, ter pri nekaterih teoretskih izhodiščih posameznih avtorjev. Analizirala sem primarne (pravne), kot tudi sekundarne vire: analiza vsebine knjig, diplomskih del, različnih zbornikov in člankov. Veliko relevantnih virov sem našla na medmrežju. Ker v razpoložljivi literaturi nisem dobila vseh potrebnih podatkov, sem se obrnila na Mateja Koširja², Mile Hodnika³ ter njegove sodelavce, ki so mi posredovali potrebne informacije in svoje ekspertno mnenje. Da bi bila čim bolj osveščena o obravnavani tematiki, sem se v času od 9. do 11. novembra 2005 udeležila 3. izobraževanja o drogah in zasvojenosti.

² Višji svetovalec III na Uradu za droge

³ Vodja Centra za odvisnosti Kranj

Cilj mojega diplomskega dela je priti do spoznanja, da so nujno potrebni ukrepi in programi, ki bodo omogočili družbeno reintegracijo odvisnikov in odvisnic od nedovoljenih drog. Pri tem sem si zastavila sledeče hipoteze, ki jih bom v procesu izdelave diplomskega dela skušala preveriti :

1. Menim, da so odvisniki od nedovoljenih drog in abstinenti pogosto stigmatizirani in imajo težave pri iskanju zaposlitve in izobraževanju.
2. V Sloveniji programi družbene reintegracije odvisnikov od nedovoljenih drog in abstinentov niso razviti v zadostni meri.
3. Potrebno je več ukrepov in programov pri družbeni reintegraciji zdravljenih odvisnikov v samostojno življenje.

2 ZASVOJENOST IN ODVISNOST

Veliko avtorjev ter strokovnjakov je opredelilo pojma zasvojenost in odvisnost, vendar obstajajo razhajanja glede definicije teh dveh pojmov. Vsak strokovnjak si ta pojma razlaga po svoje, zato bom v nadaljevanju predstavila nekaj različnih pogledov na zasvojenost in odvisnost.

Kanadska posebna senatna komisija za ilegalne droge je septembra 2002 izdala dokument, ki se dotika politike do konoplje. V tem poročilu sta zasvojenost in odvisnost od drog jasno razmejena pojma:

- **Zasvojenost** (ang. Addiction) je splošni pojem, ki se nanaša na koncepta tolerance⁴ in odvisnosti. Organizacija WHO obravnava zasvojenost kot ponavljajočo se uporabo psihoaktivne substance do mere, da je uporabnik periodično ali kronično intoksiciran, da kaže nujnost zaužitja substance, ima velike težave pri prostovoljnem prenehanju ali zmanjšanju rabe substance in kaže odločnost pri vztrajanju uživanja substance ne glede na posledice.
- **Odvisnost** (ang. Dependence) pa je opredeljena kot stanje, v katerem uporabnik nadaljuje svojo rabo substance ne glede na znatne zdravstvene, psihološke, relacijske, družinske ali socialne probleme. Gre za kompleksen fenomen, ki bi lahko imel celo genetske komponente. Psihološka odvisnost se nanaša na psihološke simptome, povezane s hrepenenjem, fizična odvisnost pa se nanaša na toleranco in prilagoditev organizma kronični rabi.

(Jezernik, 2006)

Velikokrat so različni strokovnjaki poskušali priti do splošno sprejemljive definicije zasvojenosti, vendar se mnenja glede tega razlikujejo. Besede, za katere se morda zdi, da opisujejo bolj ali manj isto (npr. škodljiva uporaba drog, uporaba drog v neustrezne namene), imajo v pomenu subtilne odtenke in lahko med strokovnjaki za droge privedejo do ognjevitih razprav in nesoglasij. Razlog za tolikšno ukvarjanje s pomenoslovjem je v tem, da so mnenja o tako temeljnih vprašanjih, kot sta npr. »kdaj čezmerna uporaba postane zasvojenost« in »ali je problem prvenstveno fiziološki, psihološki ali obojestranski«, močno deljena (Barber, 1997: 22).

⁴ Jože Ramovž (2001: 55) toleranco opredeli kot sposobnost brez opazne škode prenašati različne fizične, kemijske ali emocionalne obremenitve. Rusche in Friedman (2004: 285) toleranco definirata kot fiziološko spremembo, do katere pride zaradi ponavljajočega jemanja drog. Toleranca zahteva od uživalca vedno večje odmerke droge, da pride do učinkov, za katere je bila včasih dovolj precej manjša količina.

Vladimir Kušević meni, da lahko uporaba drog pripelje v zasvojenost, ki se lahko kaže kot psihična in/ali fizična odvisnost (1990:36-37):

- **Psihična odvisnost** se kaže kot močna želja po drogi ter želeči si nadaljevati z uporabo drog. Če posameznik ostane brez droge, jo pogreša, počuti se nervozno, deprimirano, toda nima telesnih težav. Jasne meje med odvisnostjo in neodvisnostjo ni. Pri ocenjevanju ali gre za odvisnost ali ne, je pomembno, do katere stopnje je droga postala center organiziranja življenja.
- **Fizična odvisnost** je stanje, v katerem se znajde odvisnik, ko ostane brez droge in se pojavijo intenzivne fizične težave. Pojavi se abstinenčna kriza, katere značilnosti so znojenje, drhtenje, pospešeno dihanje, krči v želodcu, slabost, bruhanje, bolečine ter krči v mišicah, povišana telesna temperatura in delirij.

Zasvojenost je psihosocialen proces, ki pomeni redno uživanje droge, od katere oseba postane odvisna (telesno – duševno – psihično).

Jože Ramovš trdi, da je zasvojenost umetna škodljiva potreba:

1. Zasvojenost je potreba, ki se razvije postopoma, bolj ali manj naglo s privajanjem na določeno psihoaktivno snov (npr. alkohol, nikotin, mamila), obliko vedenja (npr. igre na srečo) ali doživljanje resničnosti (npr. sovražnost do nekoga).
2. Zasvojenost je umetna potreba po nečem, kar človeku po naravi ni potrebno, ampak je zanj tujek, na katerega se mora človekov organizem, duševnost in druge razsežnosti nasilno prilagoditi, pri čemer se pokvarijo naravni obrambni mehanizmi, tako da delujejo proti razvojnim potrebam človeka.
3. Zasvojenost je škodljiva potreba; njene kvarne posledice se kažejo na vseh človekovih razsežnostih. Zasvojenost biološko zastruplja organizem, da oboleva, patološko spreminja duševno delovanje in vedenje, krni svobodo in odgovornost, kvari medčloveške odnose in razmerja, zavira človekov razvoj in omamlja njegovo smiselno orientacijo v življenju (glej Ramovš, 2001: 61-62).

»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« (Flaker, 1999a: 212).

Vito Flaker zasvojenost definira kot uzrto odvisnost, ki jo spremlja hlepenje po drogi ter jasno prepoznavanje abstinenčne krize. Pri odvisnosti pa je zveza med heroinom, abstinenčnimi težavami in hlepenjem zamegljena in ne povsem prepoznana (Flaker, 2002a: 16).

Do zasvojenosti pride postopoma, njen razvoj pa zaznamujejo dokaj predvidljivi mejniki. Stopnje zasvojenosti z drogami si sledijo:

eksperimentiranje → pogostejše jemanje → toleranca → telesna odvisnost → psihična odvisnost → zasvojenost

Ko stopnja preide v naslednjo, se možgani spremenijo in povzročijo spremembo vedenja (Rusche in Friedman, 2004: 134).

»Ko se telesni odvisnosti⁵ pridruži še psihična⁶, govorimo o zasvojenosti⁷. Telesna odvisnost je eden ključnih sestavnih delov zasvojenosti in skoraj vsak uživalec, ki je telesno odvisen od drog, je v veliki nevarnosti, da postane zasvojen. Vendar pa telesna odvisnost ni isto kot zasvojenost« (Rusche in Friedman, 2004: 181).

Eden od razlogov, zakaj avtorja Rusche in Friedman vztrajata pri razločevanju med telesno in psihično odvisnostjo je: če bi pri zasvojenosti šlo samo za telesno odvisnost, potem bi bili vsi bolniki, ki so iz zdravstvenih razlogov telesno odvisni od zdravil, zasvojeni. Avtorja menita, da čeprav pri zdravljenju bolečine z opiatmi lahko pride do zasvojenosti, se to redkokdaj zgodi. Opreta se na raziskavo, kjer je sodelovalo 10.000 bolnikov z opekljami, od katerih nihče ni postal zasvojen. Razlika med bolniki z bolečinami in zasvojenimi z drogami, je v tem, da bolnikom zdravilo pomeni le sredstvo (za lajšanje bolečine), da lahko živijo polno življenje in jim družine, službe in hobiji pomenijo več od zdravil. Nasprotno pa posameznik, ki je zasvojen z drogami, vse te stvari žrtvuje za jemanje drog in droga postane osrednjega pomena v njegovem življenju. Kadar postanejo ljudje psihično odvisni, torej zasvojeni, postane jemanje drog ena od življenjskih potreb, tako kot hrana, pijača in spanje. To pa za bolnike z bolečinami ne drži, saj se takoj ko bolečina mine, opiatom zlahka odpovedo (Rusche in Friedman, 2004: 183).

Telesna in psihična odvisnost sta biološke narave, ker do njiju vodijo spremembe možganskega delovanja, ki so jih povzročile droge. Telesna in psihična odvisnost se med seboj razlikujeta, ker ne glede na to, kako in zakaj je droga prišla v telo, sama navzočnost drog še ni dovolj za psihično odvisnost. Za psihično odvisnost je potrebno več: način jemanja drog ter vrsta motivacije za uživanje (prav tam: 2004: 189).

Rusche in Friedman zasvojenost z drogami opišeta kot izgubo nadzora nad jemanjem drog. Ta je posledica možganske motnje, ki je nastala zaradi dolgoletnega uživanja drog. Možganska motnja se kaže v spremenjenem vedenju, ki ga razlagamo v družbenem kontekstu. Na razvoj zasvojenosti vplivajo droga, vzorec in motivacija jemanja, posamezne razlike med uživalci ter okolje, ki se sčasoma spreminja (prav tam: 2004: 201).

⁵ Rusche in Friedman telesno odvisnost definirata (2004:284) kot spremembe v možganih in telesu med prilagajanjem na nenehno navzočnost visokih odmerkov drog. Zaradi teh sprememb možgani in telo zahtevajo droge za normalno delovanje.

⁶ Psihična odvisnost: ko droga postane osrednjega pomena v življenju uživalca: uživalec verjame, da drogo mora uživati (glej Rusche in Friedman, 2004: 280).

⁷ Rusche in Friedman zasvojenost definirata (2004:286) kot možgansko motnjo, za katero je značilno jemanje drog ne glede na zdravstvene, družbene in zakonske posledice, ki jih daljše jemanje povzroči. Zasvojenost je ponavadi kronična in jo med zdravljenjem večkrat prekine ponovno jemanje drog.

Rusche in Friedman predvsem izpostavljata bio-kemični vidik zasvojenosti. Že začetne definicije zasvojenosti so se opirale na biološke lastnosti zasvojenosti: nekateri avtorji so menili, da je zasvojenost bolezen in kot taka preide v domeno medicine. Takšno pojmovanje zasvojenosti kot bolezni se je razvilo nekje v začetku 19. stoletja, edino zdravilo zoper njo pa je bila abstinenca. Vendar se je kasneje izkazalo, da mora definicija upoštevati tudi nebiološke dejavnike.

Na človekovo zasvojenost je potrebno gledati celostno in se ne zgolj opirati samo na določen vidik zasvojenosti (npr. medicinski). Dandanes v Sloveniji na zasvojenost še vedno pretežno gledamo samo z ozko medicinskega vidika (biološko-kemični vidik). Zasvojenost je potrebno razumeti kot interakcijo *»več posamičnih, fenomenološko edinstvenih ter individualno pogojenih začaranih krogov«* (Polajner, 2006b: 47-48):

1. Biološko – kemični vidik zasvojenosti: navadno opisujejo kot primarne motnje v neurotransmiterskih prenosih dopamina in endorfina. Taka motnja povzroča potrebo po drogi in obratno - tudi droga lahko primarno povzroča motnje v neurotransmiterskih prenosih in tako tvori bio-kemični začaran krog naraščanja potrebe po drogi.
2. Vedenjski vidik zasvojenosti: gre za krivdno vedenje (uživanje nedovoljenih drog in druga družbeno nesprejemljiva vedenja, za katera se človek čuti kriv) in nato za sram, kar spet povečuje potrebo po omami - za to pa je spet potrebna droga... Tako se, podobno kot na biološkem, tudi na področju vedenja tvori začaran krog.
3. Psihološko – osebnostni – doživljajski vidik zasvojenosti: ta vidik zajema čustvene motnje in stiske, osebnostne značilnosti, ki višajo verjetnost uživanja drog (plahost, preobčutljivost, nizko samospoštovanje,...)
4. Družinsko – odnosni – vidik zasvojenosti: zlasti gre za dve nasprotji družinske patologije z enakimi posledicami: po eni strani za odsotnost pristnih odnosov oz. za čustveno zanemarjanje in na drugi strani za patološko pretiravanje pri zaščiti ali prilaščanju otroka.
5. Družbeno – vrstniški vidik zasvojenosti: tukaj gre za negativni socialni pritisk vrstnikov, zlasti danes, ko je uživanje drog med mladimi moderno, in ko se mladim zdi, da morajo imeti *»izkušnjo z drogo«*.

6. Družbeno – odnosni vidik zasvojenosti: vključuje dve družbeni nasprotji: po eni strani izločanje krhkih oseb in zasvojenih članov družbe, ki najbolj potrebujejo pomoč (npr. odpori do ustanavljanja komun, zavračanje vsake »drugačnosti«...) in na drugi strani izkoriščanja ter prefinjene oblike nasilja nad posamezniki (npr. z agresivnimi reklamami, s plitvo potrošniško mentaliteto, z nečloveškimi delovnimi pogoji,...)
7. Duhovno – ontološki vidik zasvojenosti: zajema razsežnosti kot so stalna ontološka napetost med dobrim in slabim v človeku (iz tega vidika je človekovo normalno stanje stalna ontološka napetost in ne notranji mir) ter ontološki pritisk človekove poklicanosti in ustvarjalnosti.
8. Vidik duševnih ran oz. težjih travm: pri zasvojenih so zlasti pogoste travme zaradi spolne zlorabe, preživljanje otroštva z alkoholičnim staršem, fizično nasilje v družini, vzgojno zanemarjanje itn.

Pri zasvojenosti je torej potreben celostni pristop, ki vključuje vse zgoraj omenjene vidike zasvojenosti. S pomočjo navedenih vidikov lahko lažje odkrijemo za kakšen tip uživalca drog gre ter mu nudimo tisto obliko pomoči, ki jo sam najbolj potrebuje. V naslednjem poglavju bom prikazala različne tipologije uživanja drog, ki prav tako pripomorejo k čim bolj uspešni obravnavi ter ustrezni pomoči uživalcem drog.

3 TIPOLOGIJA UŽIVANJA DROG

V literaturi najdemo več različnih tipologij uživanja drog. Vito Flaker (2002a: 22) opozori, da je značilnost večine tipologij, da se nagibajo h gradacijam ali stopnjevanju, tako da pogosto ni jasno, ali se govori o stadijih ali tipih uživanja.

Lev Milčinski loči (1986: 13-15):

- zmerno uživanje: droga me moti funkcioniranje organizma, duševne dejavnosti in vedenja;
- zloraba: človekove telesne in duševne funkcije so motene, tudi vedenje, čeprav le začasno;
- odvisnost: lahko je psihična (duševna) ali fizična (telesna).

Vladimir Kušević razvršča uživalce glede na način uporabe droge ter glede na socialno funkcioniranje:

- eksperimentatorji – v to skupino sodijo uživalci drog, ki jih radovednost žene v poskušanje ene ali več drog. Nekateri uživalci drogo poskusijo, vendar ne nadaljujejo z uživanjem. Lahko se pa zgodi, da v določeni situaciji to spet storijo.
- rekreativni (občasni) uživalci – uživajo drogo občasno ali redno, v določenih časovnih razmakih. Niso odvisniki in večina jih kasneje preneha z uživanjem drog.
- funkcionalni odvisniki – uživajo le določeno drogo ter so od nje tudi odvisni, vendar pa lahko kljub temu v družbi normalno funkcionirajo.
- disfunkcionalni odvisniki – so odvisni od droge in ne morejo več družbeno normalno funkcionirati, saj je droga v njihovem življenju osrednjega pomena.

Meje med navedenimi skupinami so zabrisane in posamezniki lahko prehajajo iz ene skupine v drugo.

Kušević doda tudi tipologijo glede na etiologijo, obnašanje, glede na odnos uživalca do droge ter glede na družbene norme:

- družbeno-tradicionalni uživalci – živijo v kulturah, kjer je uživanje droge del vsakdanjega življenja (npr. koka v Andih, opij v Indiji)
- terapevtski uživalci – uživajo droge kot zdravila (ponavadi pod zdravniškim nadzorom) ter jih tako tudi dojemajo
- nekonformistični uživalci – njihovo uživanje je povezano z uporom proti obstoječim družbenim normam in vrednotam (npr. hipiji in marihuana) (glej Kušević, 1987: 197-203)

Flaker (2002a: 24-28) je sestavil sledečo tipologijo:

- neuživalci (vsi, ki niso nikoli poskusili heroina ali drugih opiatov. Vendar ni jasno, ali med neuživalce sodijo tisti, ki so kdaj užili mamilo, in še zlasti tisti, ki so bili zasvojeni ali džankiji, pa niso več.)
- priložnostni (občasni, naključni) uživalci, eksperimentatorji (Tisti, ki uživajo mamilo občasno ali eksperimentalno, in tisti, ki ne »poskušajo«, temveč uživajo, ko imajo priložnost.)
- redni uživalci (Tisti, ki uživajo mamilo redno, a ne razvijejo odvisnosti ali zasvojenosti.)
- odvisni uživalci (Tisti uživalci, ki so odvisni od mamila, pa tega ne vidijo kot zasvojenost.)

- zasvojeni uživalci (Uživalci, ki se jim zaradi zasvojenosti ni poslabšal socialni status. Naučili so se pohlepa po mamilu, ko so prepoznali svoje abstinenčne težave, in s ponavljanjem te izkušnje pridobili vedenje (in stališča) zasvojenega.)
- džankiji (Uživalci, za katere je značilna socialna degradacija in propadanje. Zasvojenec postane »džanki« takrat, ko mu droga postane najpomembnejša stvar na svetu - tedaj ne more več igrati drugih vlog, ne da bi ga zaznamovala dominantna vloga džankija.)

Tipologijo uživanja nedovoljenih drog lahko torej razdelimo glede na pogostost in intenzivnost uživanja, glede na etiologijo, družbene norme, obnašanje ter odnosa uživalca do droge, lahko pa tudi glede načina vnosa droge (snifanje, injiciranje, kajenje) ter glede načina uporabe droge in socialnega funkcioniranja. Tipe uživanja drog lahko razdelimo tudi po stopnji nadzorovanja uživanja, stopnji povezanosti s sceno, stilu uživanja (kinkanje vs. evforija), odgovornosti do družbenega okolja, po številu ljudi, ki skupaj uživajo drogo (skupinsko ali samotno), trajanju kariere uživalca, kraju bivanja itn. (Flaker in drugi, 2002c: 41).

Različni tipi uživanja drog zahtevajo različno obravnavo ter različne ukrepe v okviru nujenja pomoči uživalcem drog in abstinentom. Zato je potrebno jasno definirati različne stopnje razvoja kariere uživalca drog, saj so določeni ukrepi lahko bolj učinkoviti za določen tip uživalcev.

Tabela 3.1: SOCIALNE POSLEDICE KOT FUNKCIJA TIPA UŽIVANJA

Tip uživanja	Neproblematično uživanje	Problematično uživanje ⁸
Tip posledic	(kontrolirano, eksperimentalno, občasno)	(džanki)
Zaposlitev	Grožnja/ priložnost	Težko vzdrževati ali dobiti Nelegalni viri dohodkov
Stanovanje	Grožnja	Polnomadsko ali celo skoraj brezdomsko bivanje
Stiki s sorodniki	Obremenjeni s prikrivanjem uživanja Sredstvo emancipacije	Drama odkritja Prekinjene vezi
Stiki z vrstniki	Povečana družabnost	Oženje stikov na uživalce Osamljenost in izolacija

Vir: Flaker, Vito, Vera Grebenc, Nino Rode, Dragica Fojan, Janko Belin, Andrej Kastelic, Mojca Vodlan, Theo van Dam (2002c): Skupnostni pristop k zmanjševanju škode povezane z uživanjem drog: raziskovalno poročilo. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, Ljubljana.

⁸ Problematično uživanje drog je opredeljeno kot uživanje drog z vbrizgavanjem oz. dolgotrajno / redno uživanje opiatov, kokaina in / ali amfetaminov (Letno poročilo 2005: Stanje v zvezi s problemom drog po Evropi, 2005: 61).

Obstaja vsaj toliko karier, kolikor je tipov uživanja. Najbolj destruktiven izid kariere je džanki, ki je na ravni družbene prezentacije popoln primer »bav-bava« ter med ljudmi povzroča »moralno paniko«. Na praktični ravni je to niz naučenih vedenj, v katere posameznika porinejo, ko mu s stigmatizacijo onemogočijo druge možnosti. Tako opusti druge družbene ter družabne vloge in mu na koncu preostane le vloga džankija.

Škodljive socialne posledice uživanja drog niso (ali so le obrobno) posledice samega uživanja, ampak načina, kako se droge uživajo, se pravi tipa, sloga ter okoliščin uživanja. Kaj torej spodbuja ljudi, da preidejo z neproblematičnega uživanja na tiste sloge, ki so škodljivi? Kaj spodbuja take načine uporabe in usmerja kariero uživalca k destruktivnim izidom? (glej Flaker in drugi, 2002c: 42).

4 VZROKI IN POSLEDICE ODVISNOSTI IN ZASVOJENOSTI OD DROG

S problemi in težavami se srečujemo na različnih življenjskih področjih:

- somatično področje: telesni svet;
- psihično področje: osebni svet razmišljanja in doživljanja;
- socialno področje: medosebni svet odnosov, t.i. kontekst, v katerem so ljudje v intimnem (partner, družina, sorodniki, prijatelji) ali bolj poslovnem, toda še vedno v neposrednem odnosu do drugih (delo, šola, zdravstvo...);
- materialno področje: svet stvari, od katerih je odvisno naše materialno stanje (finance, stanovanje, hrana, delovne razmere...);
- družbeno področje: kontekst, ki stoji neposredno nad medosebnim področjem, kot so: večje kulturne, politične in verske skupnosti, kot tudi socialna, politična in ekonomska gibanja itd.

(glej Vries in Bouwkamp, 1995: 15)

Potrebno se je zavedati, da ne moremo razumeti problema na enem področju, na primer psihičnem ali materialnem, če ne upoštevamo vpliva, ki ga imajo nanj druga področja (prav tam: 15-17).

Posledice prekomernega uživanja drog se kažejo na različnih področjih uživalčevega življenja in so lahko mnogokrat usodne. Vrste škode lahko razdelimo na tri glavna področja, ki so med seboj povezana: socialno in osebno, pravno – formalno, zdravstveno (Grebenc,

2003, 60-61):

1. Socialna in osebna škoda

V družbi so uživalci drog stigmatizirani in podvrženi negativnemu stereotipiziranju, kar vodi v nizko samopodobo ljudi, ki uživajo droge, hkrati pa tudi v zavračanje uživancev v širši skupnosti.

Medosebni odnosi s prijatelji, družino, sodelavci so lahko okrnjeni ali izgubljeni ter obremenjeni zaradi uživanja drog.

Možnosti zaposlitve in drugi pozitivni karierni načrti so preprečeni zaradi policijskih in zaporniških kartotek, neizpolnjevanja delovnih obveznosti ali šolskih obveznosti.

Delo in izobraževalni proces sta lahko okrnjena ali prekinjena, ker nekdo uživa droge intenzivno in nekontrolirano, lahko je oteženo ali onemogočeno tudi vključevanje v nadaljnje izobraževanje, lahko pa pride tudi do izključitve iz izobraževalne ustanove.

Tisti, ki so v skupnosti poznani kot uživalci drog, imajo omejen dostop do pravic, ki so v skupnosti na voljo ljudem, ki ne uživajo drog (npr. ne dobijo mesta v materinskem domu, ne smejo v mladinski klub, šikanirani so pri prošnjah za denarne pomoči, ne smejo se vključiti v prostočasne organizacije, ...).

2. Pravno-formalna škoda

Posest že manjših količin droge je prekršek, nabava in prodaja pa sta kaznivi, zaradi tega so ljudje tudi zaradi lastne uporabe drog evidentirani v policijskih kartotekah. Opravka imajo s sodiščem, nekateri so zaradi tega priprti ali zaprti, kar vse vpliva na njihovo osebno kariero. Policiji znani uživalci imajo pogosta »srečanja« s policisti in težave na mejah... Zaradi negativnih kartotek in »slabega glasu« imajo težave pri iskanju zaposlitve, stanovanja, pri urejanju formalnosti na uradih itd.

3. Škoda za zdravje

Nepoznavanje drog ter načinov uživanja vodi v vrsto škodljivih posledic na zdravstveno stanje posameznika oz. somatično področje: predoziranje, okužbe, poškodbe, zastrupitve, nesreče. Posledice so rezultat souporabe pribora, nepoznavanja drog, precenjevanja lastnih zmognosti, napačnih predstav o uživanju, nezavarovane spolnosti. Na psihičnem področju lahko pride do doživljajskih motenj (npr. otopelost, depresija, stiska, moteno doživljanje samega sebe in soljudi, okolja...). Zaradi intenzivnega uživanja ljudje slabše skrbijo za prehrano, niso pozorni na bolezni (tuberkuloza, hepatitis) in se ne zdravijo. Pogosto imajo tudi neurejeno zdravstveno zavarovanje, kar jim onemogoča zdravniške

oskrbo.

4.1 VZROKI UŽIVANJA DROG MED MLADIMI

Vzrokov za uživanje drog je več in jih ni mogoče iskati samo pri mladostnikih, ampak jih je potrebno odkrivati v njihovem ožjem ter širšem okolju. Vzroki za uživanje drog se medsebojno prepletajo in vplivajo drug na drugega: radovednost, dolgčas, uporništvu, pritiski vrstnikov, neurejeni odnosi v družini (alkoholizem, nasilje v družini, prezaposlenost in brezbrižnost staršev...), nesposobnost reševanja problemov, beg pred realnostjo, nezadovoljstvo s svojo podobo, iskanje močnih dražljajev za doseg občutka ugodja, negotovost vase, čustvena napetost, tesnoba, depresija, neurejeno socialno okolje...

Dejavniki tveganja in zaščite, ki vplivajo na uživanje drog so: 1. Dejavniki posameznika (osebnostne značilnosti, stališča in prepričanja, dednost...); 2. Medosebnostni in socialni dejavniki (družina, vrstniki, šola, osebnostne situacije, policija, lokalna skupnost...); 3. Dejavniki okolja (družbene norme in ukrepi, mediji, tržištvu, cena, zakonodaja...); 4. Dejavniki drog (lastnosti dovoljenih in nedovoljenih drog, količina droge-odmerek, načini uživanja oz. poti vnosa, pogostost uživanja, kombinacija drog...) (Kastelic in Mikulan, 2004: 24-25).

»Tudi danes mnogi ljudje, posebej pa mladi, čutijo osamljenost in osamitev. Mehanizirana in "elektronska" družba s svojimi računalniki in izračuni pogosto in vse pogosteje grozi človeku, da bo v njej izgubil svojo individualnost in duševnost. Kot da se lahko vsak hip izniči. Perspektive ne vidi. In takrat gre na "izlet" od resničnosti v svet čudežnih doživetij. Na koncu pa namesto odprtih možnosti, pride v lastno ječo odvisnosti« (Turčin, 1995: 114-115).

Življenje mladih je v veliki meri odsev življenja odraslih. Podaljšuje se delovni čas, vse manj je prostega časa in starši so prezaposleni, saj delajo do poznih popoldanskih ur. Z dela se vračajo utrujeni, razdraženi in zaradi tega se ne morejo v zadostni meri ukvarjati s svojimi otroki. Otroci pa so zaradi tega največkrat prepuščeni samim sebi. Vse to pa povečuje verjetnost, da bo otrok nekoč posegel po drogi.

»Največkrat je vzrok za omenjene težave okolje, v katerem mladostniki živijo; zaradi njega so mladi ranljivi in nesrečni. Živimo namreč v času pogostih stresnih okoliščin, v razmerah, ki lahko povzročajo velike stiske. Mladostniki pa imajo še prešibke obrambne mehanizme, da bi lahko kljubovali takšnim negativnim vplivom in so tisti

družbeni člen, ki nam najhitreje pokaže, da nekaj ni prav» (Kastelic in Mikulan, 2004: 22-23).

Vito Flaker razloge za začetek uživanja razdeli na situacijske in motivacijske. Pri situacijskih je situacija razlog za uživanje heroina, ponudi se priložnost za prodajo in zaslužek, ponudijo ga prijatelji, partner... Pri motivacijskih pa je razlog v posamezniku samem, želja, doživeti nekaj neznanega, imeti se lepo... Potemtakem mora obstajati priložnost, po drugi strani pa želja po zaužitju. Eno brez drugega ne gre. Pri tem je situacijska plat oz. priložnost, dominantna dimenzija prvega zaužitja. Poleg neposrednih situacijskih okoliščin, ki olajšujejo dostop do droge, obstajajo tudi bolj posredne okoliščine, ki odprejo možnosti za zaužitje. Vstop v svet dela, odhod od doma, osamosvajanje so lahko momenti, ki zaradi nove družbe, finančne okrepitve in samostojnosti vzpodbudijo začetek uživanja. Moment, ki lahko vzpodbudi uživanje heroina, je gotovo tudi siceršnja naravnost k eksperimentiranju z drogami (Flaker in sodelavci, 1999: 355-359).

Karel Gržan je obiskal fante in dekleta v komuni ter jih povprašal, zakaj so se umaknili v svet zasvojenosti. Maja mu je odgovorila: *»Nisem se čutila sprejeta...In potem se nisem znala sprejemati...Z drogo sem kradla občutek samozavesti. Končno sem si upala biti...Kradla sem, zdaj vračam z obrestmi...« (Gržan, 2004: 18).* Timi je povedal: *»Nisem zmogel čustvenih bremen. Zlorabili so me, čustveno zlorabili...Vpletli so me v čustvovanja, ki so bila zame pretežka...umaknil sem se...« (prav tam: 35).* Peter je dejal: *»Ni mi bilo potrebno živeti odgovorno...Imel sem potuho za svoje napačno ravnanje...« (prav tam: 44).* Živa je razložila, zakaj se je podala v svet zasvojenosti: *»Saj nisem videla, za kaj je vredno živeti...Scena je bila ful zamorjena...Šele ko so bili zadeti, so lahko zažurali...Bil je vzorec...V komuni sem zato, ker nisem znala živeti in nisem zmogla brez omame...ker nisem vedela, nisem čutila, za kaj je vredno biti...Sedaj to spoznavam, doživljam...lepoto, vrednosti življenja, v katerih izgubijo na moči skušnjave, da bi pobegnili v svet iluzije...« (prav tam: 44).* Dane pa je pojasnil: *»Vedno sem dobil vse...in hotel vse...Nobenega NE nisem prenesel, nobenih mej nisem izkusil...« (prav tam: 63).*

5 REINTEGRACIJA

Pojem reintegracije se dostikrat zamenjuje s pojmom rehabilitacija ter resocializacija. Nekateri ukrepi in programi naj bi izvajali reintegracijo zdravljenih odvisnikov, v praksi pa ne izvajajo reintegracije, temveč rehabilitacijo ter resocializacijo. Za boljše razumevanje bom pojasnila te pojme.

Reintegracija (Tavzes, 2002: 982)

- ponovna združitev ali vključitev
- dopolnjevanje, dopolnitev
- vrnitev odvzetih stvari ali pravic (pravo).

Z reintegracijo želimo posameznika, ki je bil izključen iz družbe ponovno integrirati v lokalno skupnost oz. družbo.

Socialna (družbena) reintegracija torej pomeni ponovno vključitev v družbo, kar omogoča, da si posameznik najde delo, zagotovi prebivališče ter razvije potrebne družbene spretnosti, s katerimi se lahko spopade in prepreči ponovitev težav (Letno poročilo 2005 : stanje v zvezi s problemom drog v Evropi, 2005: 75).

Resocializacija (Tavzes, 2002: 995) pomeni ponovno socializacijo⁹ (re + socializacija), ponovno vključitev v družbo. Resocializacijo lahko razložimo kot proces ponovnega usklajevanja z družbo, socializacijo odraslih. Po svoji ideji je resocializacija »naravnanje« posameznika v tak položaj, da normativnega reda ne bo kršil, ampak ga sprejel ter ponotranjil. Ta proces zahteva spremembo temeljnih psihičnih struktur, kod obnašanja, pridobljenih v glavnem v procesu primarne socializacije (glej Zebec-Koren, 1992: 227). Resocializacija je proces socialnega učenja, v katerem posameznik pridobiva socialno relevantne oblike vedenja in se oblikuje kot osebnost s svojimi specifičnimi značilnostmi.

Rehabilitacija je termin, prevzet iz medicinske znanosti in pomeni (Tavzes, 2002: 981) :

- postavitve v prejšnje stanje
- ponovna pridobitev ali vrnitev dobrega imena, izgubljenih pravic, časti ipd. (pravo)
- ponovna usposobitev ali usposobljenost za normalno življenje in delo.

⁹ Socializacija (Tavzes, 2002: 1069) je proces, v katerem posameznik sprejema ali prevzema kulturne vzorce in družbene vrednote in se vključuje v socialno skupino, družbo (primarna, sekundarna socializacija).

Reintegracija je glede na razlago besede v različnih slovarjih širok pojem. Reintegracija ne pomeni samo to, da se uporabnik ponovno vključi v okolje kjer živi, temveč, da z reintegracijo pridobi na vseh življenjsko pomembnih področjih (dopolnjevanje, dopolnitev) in se mu povrnejo tudi vse pravice, ki so mu bile morebiti zaradi odvisnosti odvzete (8. nacionalna konferenca LAS za preprečevanje zasvojenosti, 2005). Družbena reintegracija v širšem smislu torej pomeni vsakršno družbeno posredovanje z namenom vključiti bivšega ali trenutnega uživalca drog v skupnost.

»Socialna reintegracija je opredeljena kot "vsako socialno posredovanje z namenom vključiti nekdanjega ali trenutnega problematičnega uživalca drog v skupnost". Trije stebri socialne reintegracije so: (1) nastanitev, (2) izobraževanje in (3) zaposlitev (vključno s poklicnim usposabljanjem). Uporabijo se lahko tudi drugi ukrepi, kot so svetovanje in dejavnosti v prostem času.

Socialna reintegracija je v primerjavi z zdravljenjem manj uveljavljen odziv na problematično uživanje drog in zato sta spremljanje in poročanje na tem področju še neenotna. Nekateri države članice poročajo o kvalitativnih presojah svojih prizadevanj na področju socialne reintegracije, vendar nobena ne poroča o dobri pokritosti. Države, ki so poročale (Estonija, Irska, Malta, Nizozemska, Romunija, Švedska in Norveška), so vse odkrile pomanjkljivosti v svojih službah in/ali programih za socialno reintegracijo. Izjema je le Grčija, kjer obstajajo relativno široka paleta programov za socialno reintegracijo ter zanesljivi podatki o številu oseb, ki jih dosežejo« (Letno poročilo 2005 : stanje v zvezi s problemom drog v Evropi, 2005: 78).

Pojem reintegracije zajema najširši spekter aktivnosti, ki jih mora narediti zdravljeni odvisnik, da se lahko ponovno integrira v okolje kjer živi. Ker je bil pred tem prepoznan po karieri odvisnika, je njegova naloga, da se otrese stigme in pripadnosti marginalni skupini odvisnika, stresna. Poleg pečata iz preteklosti, ga ovira strah pred prihodnostjo, saj si v času odvisnosti ni pridobil znanj in strategij o prevzemanju odgovornosti za svoje odločitve in s tem za svoje življenje. Prav čas reintegracije je tisti, ko še vedno s pomočjo strokovne podpore prevzema v svoje roke vedno več bremena odgovornosti na različnih življenjsko pomembnih področjih (glej Kersnik, 2005).

Ko zdravljeni odvisnik zaključi z zdravljenjem (npr. v komuni) in se vrne domov, pri tem naleti na številne težave: v staro socialno mrežo se ne more več vključiti, če želi živeti brez droge, hkrati pa potrebuje čas za prilagoditev, da se spet znajde in ustali v svojem okolju.

Zdravljeni odvisnik je po vrnitvi iz komune, izpostavljen mnogim skušnjavam ter pritiskom. Vseskozi je prisotna tudi potreba po čim hitrejši vključitvi v življenje brez droge. Nekdanji odvisnik je tako po dolgem času zopet prepuščen samemu sebi in obstaja velika nevarnost, da bo zašel nazaj na stara pota. Zato je za zdravljene odvisnike po nekajletni odsotnosti iz domačega okolja izredno pomembna hitra ponovna vključitev oz. reintegracija. V program reintegracije morajo biti vključeni čim prej, saj je stres ob vrnitvi domov ponavadi zelo velik. Okolje se dostikrat z velikim dvomom odziva na prve poizkuse uveljavljanja zdravljenih odvisnikov. Le-ti morajo prepričati svojo ožjo in širšo okolico, da niso več odvisni od drog ter da so pripravljeni na samostojno življenje.

»Droga ni le problem, ampak tudi rešitev. Droga je dostopna in hvaležna enostavna rešitev raznih pritiskov in če socialni delavec uživalcu ne more ničesar nuditi v zameno zanjo, uživalec nima motivacije, da bi se spremenil, in ničesar, kar bi mu lajšalo tegobe zdržnosti. Če hočemo doseči trajen uspeh, mora biti uživalec prepričan, da pridobitve spremembe odtehtajo odrekanje zanjo; zagotovitev te enačbe (ki pa jo morajo izračunati uživalci sami) je vsa umetnost preprečevanja škodljive uporabe droge« (Barber, 1997: 139).

6 STIGMA

»V sodobnem vsakdanjem jeziku stigma še vedno pomeni zaznamovanost, vendar ne nujno čisto telesu vidno, temveč bolj kot neki atribut nezaželenosti, zavrženosti. Stigma je interakcijski pojem in je posledica stereotipiziranja družbenih reakcij. Stigma namreč nastopi, ko nekdo ne izpolnjuje pričakovanj, ki jih do njega imamo, ko namreč ni tisto, kar se zanj predpostavlja, da je. Je oznaka, ki človeka razvrednoti« (Flaker, 2000: 45).

Stigmatizacija pomeni vir ločenosti, razpoznavnosti od drugih s praviloma negativnim pripisom. Stigma označuje takšno posameznikovo lastnost, ki ga loči od večine skupnosti, tako da ima večina in hkrati tudi on sam to lastnost za odklonsko oz. deviantno (Goffman, 1963). Stigma je pojmovana kot družbeni odnos, ki se prepleta okoli določene lastnosti, posebnosti ali celo zasebnosti, ki jih določena družba diskriminira. Diskriminacija postane izrazita, ko pride do vzpostavitve stereotipnega odnosa ali stališča do določenega in v

nekaterih družbah tudi do vsakega odstopanja od normiranega. Posameznik, ki prestopi tolerančni prag, ki je družbeno določen in se razlikuje od družbe do družbe, je stigmatiziran (Drofenik, 2002: 10).

Stigma je interakcijski pojem in je posledica stereotipiziranja družbenih interakcij. Stigma nastopi, ko nekdo ne izpolnjuje pričakovanj, ki jih do njega imamo. Stigma je oznaka, ki človeka razvrednoti. Po Goffmanu gre za razkorak med navidezno in dejansko identiteto. Razkorak med tistim, za kar na osnovi običnih stereotipov sklepamo, da bi človek moral biti, in med tistim, kar se kaže, da dejansko je. Če so atributi dejanske identitete globoko diskreditirajoči, posameznika reduciramo na to njegovo posebnost. Ta redukcija pa postane poglavitno orodje za njegova dejanja ter razumevanje njegove identitete (glej Flaker, 2000: 45).

Goffman razločuje tri tipe stigme (glej Božič, 1990: 19): 1. deformacije telesa; 2. karakterne hibe, ki se kažejo kot šibka volja, dominirajoča ali nenaravna nagnjenja kot so zasvojenosti, mentalna distorcija, zapor, homoseksualnost, nezaposlenost, samomori in radikalna politična prepričanja; 3. skupinska stigma ras, narodnosti in ver.

»Stigma prekrije druge mogoče zaželene lastnosti posameznika in onemogoči enakovredno komuniciranje. O ljudeh, ki posedujejo stigmo, se verjame, da "niso popolnoma človeški"; v nadaljevanju tega prepričanja sledi diskriminacija, zavestno ali nezavedno omejevanje življenjskih možnosti. Takšna diskriminacija se skuša opravičiti z razlaganjem in utemeljevanjem o manjvrednosti in nevarnosti stigmatiziranih, da bi se razkrilo sovraštvo do drugačnih« (Božič, 1990: 19).

Stigmatizirani procese stigmatizacije doživlja po eni strani kot krivico, saj se mu njegova posebnost ne zdi tako vseobsegajoča, po drugi strani pa tudi on prevzema tak pogled nase. Vsak stigmatizirani pa ima svojo kariero in se mora naučiti ravnati s stigmo. Če je stigma opazna in očitna, se mora naučiti ravnati z napetostmi, ki izhajajo iz interakcij z drugimi, če ni opazna ter ga ne diskreditira avtomatično, pa se mora ukvarjati z vprašanjem, ali stigmo pokazati oziroma, kako jo prikriti (glej Flaker, 2000: 45).

Goffmanova teza je: »stigma je identiteta« in, da stigmatizirani šele s svojim vedenjem omogoča stigmatiziranje in s tem kategoriziranje samega sebe kot stigmatiziranega posameznika (Goffman v Nastran-Ule, 2000: 181).

»Stigmatizirani« in »nestigmatizirani« ljudje so vedno medsebojno povezani v odnosu inferiornost/superiornost. Ta odnos pa je ključen za razumevanja pomena stigme (Nastran-Ule, 1999: 206).

Stigmatizirani je pri opaznih »pomanjkljivostih« izpostavljen napadom in vdiranjem v njegovo privatnost. Njegove reakcije so lahko sledeče: obrambno skrivanje drugačnosti, ali sovražno izzivanje. Reakcija »nestigmatiziranih« pa je lahko: obnašajo se, kot da je stigmatizirani boljši, kot čutijo, da je, da je slabši, kot čutijo, da najbrž je, ali pa ga ignorirajo (glej Božič, 1991: 140).

Stigma je nalezljiva. Če je posameznik z nekom, ki je stigmatiziran, pomeni, da se bo del stigme prenesel na posameznika. Večina ljudi se zaradi tega stigmatiziranih izogiba in nočejo imeti opravka z njimi. Družba prepričuje stigmatiziranega, da se bo počutil bolje v okolju, kjer so ljudje podobni njemu. S tem ga družba vse bolj potiska na njeno obrobje, kar vodi v nadaljnje propadanje osebnosti, vse večje obubožanje ter končen propad.

Flaker meni, da se uživalcem nedovoljenih drog stigmatizirajoč ter socialno izključujoč odnos do njih zdi nekaj povsem samoumevnega. »Ko smo enega izmed njih vprašali: *Ali se ti zdi, da ste socialno izolirani, stigmatizirani?*, je odgovoril: *Ja, to je normalno*« (Flaker, 2002a: 57).

Uživalci opisujejo stereotip uživalca heroína, ki ga ima o njih »moralna« večina, takole: nasilen, kužen, zanemarjen, lažniv, potepuh. Stereotip se jim zdi krivičen. Zaničevalnega odnosa ne občutijo samo v javnosti, temveč tudi v stiku s službami, ki so jim namenjene. Pri tem gre za diskriminacijo na formalni ravni (služba, stanovanje, vozniško dovoljenje...), kot tudi na neformalni ravni (družinska drama, izguba stikov z vrstniki, metanje iz lokalov...). Lahko gre za odkrito poniževanje ter občutek uživalcev in še bolj bivših uživalcev, da jih vsi gledajo, o njih govorijo in obsojajo ter se jih izogibajo (glej Flaker in sodelavci, 1999b: 363).

7 STIGMATIZACIJA V SFERI DELA

V nadaljevanju bom prikazala spoznanja v raziskovalnem članku Vita Flakerja (2000: 44-53), z naslovom Delo in stigma: socialna posledica uživanja heroina.

»Prevladujoči stereotip o uživalcih drog velja za nekatere primere. Vendar raziskava pokaže na precejšnje število uživalcev drog, ki delajo. V procesih ohranjanja službe in odpuščanja z dela igra stigma bistveno vlogo, ne glede na to, ali temelji na dejanskih delovnih prekrških ali na domnevah. V raziskavi analiziramo pogoje vzdrževanja zaposlitve in taktike prikrivanja stigme ter zabeležimo razloge v zvezi z zaposlitvijo in brezposelnostjo. Sklep raziskave je, da je stigma predvsem vprašanje delovnega okolja na eni strani zaradi večje formalne kontrole v tem okolju, na drugi strani pa zato, ker poleg interakcijske pomeni tudi ekonomsko kategorijo« (Flaker, 2000: 44).

Stereotip uživalca »džankija« je, da ne dela. Na splošno velja, da je uživalcu težko dobiti in obdržati službo. Nekdo, ki je zelo zasvojen in ki je globoko v vlogi uživalca ali celo »džankija«, dejansko težko dobi in obdrži službo. Preveč ima opraviti z iskanjem droge: *»Ko si navlečen, hodiš delat in še več nardiš, imaš v glavi tist svoj film, ko pa rabiš drogo, pa jo greš iskat, pa lahko zamudiš tut 3 ure, če je treba in te ne briga tist tvoj šiht, ga sploh takrat ne vidiš. V glavi maš, da morš ti najprej to zrihtat, da dobiš drogo in potem je na vrsti šiht.«*

Kljub temu veliko uživalcev dela, morajo se preživljati in še hkrati dobiti dovolj denarja za nakup droge: *»Sigurn. Jst sploh ne išč'm več redne zaposlitve, delam, k'r mi pride pod roke. Pr' službi so mamila vel'k problem. Vsi se pozanimajo, kdo si in kaj si. Eni ti sploh ne dajo šanse, drugi pa probajo razumet Jst s'm 'mel dobro službo, bil s'm trgovski poslovodja. Droga me je pa prsil'la. d' s'm začel golfat, pa krast in so me dob'l. Če si junki, te domačini obsojajo, sicer zahrbtno, redko ti kdo v faco kej vrže, se mi je pa že ene dvakrat zgodl« (prav tam: 47).* Slednji uživalec poleg problema pridobitve redne zaposlitve, izpostavi tudi problem stigmatizacije s strani domačinov.

Kadar delodajalec izve, da zaposleni uživa drogo, je velika verjetnost, da ga bo odpustil. Stigma deluje v trenutku: kot rezilo in kot britev. Potrebno je ločiti med ekonomskim procesom, ki naredi stigmatizirane skupine bolj ranljive, ter med socialno psihološkim, ki narekuje pazljivost in paranoidnost-stigma deluje kot megla in fantom. Včasih delodajalci odpustijo uživalce tudi zaradi finančnih interesov. Večkrat gre tudi za

izkoriščanje: »Če so 'zadeti' delajo tudi po 16 ur na dan, vendar prej ali slej pride do prekinitve delovnega razmerja.« Uživalec lahko zaradi svoje stigme postane grešni kozel na delovnem mestu in prevzame krivdo za nepravilnosti (npr. kraje) v delovnem okolju. Lahko se zgodi, da delodajalci odpustijo tudi zdravljenе uživalce: »Pa tudi ljudje vejo, kdo so narkomani, in kdo bo nekoga takega zaposlil. Tudi probleme z zaposlitvijo imaš, če že prideš z igle. Ljudje imajo še zmeraj proti tebi predsodke in te gledajo postrani.« Delodajalci torej včasih odpustijo tudi ljudi, če ne prakticirajo z drogami oz. se zdravijo: »Sicer pa tudi potem, ko nisi več narkoman in zvejo, da si včasih bil, dobiš odpoved. To se je pred kratkim zgodilo mojemu prijatelju. Vozil je kamion, potem se je zvedelo in je zgubil službo. Folk premalo ve in preveč velja to pravilo, da narkomani kradejo, da narkomani delajo to, narkomani delajo ono. Ni vedno čisto pri vseh tako. Marsikateri bi se lahko pobral, če bi imel priložnost.« Eden od zdravljenih uživalcev pove: »Zdaj sem zaposlen in če bi pri meni vedeli, da pijem heptanon, bi me že kdaj odpustili. Tudi če so te pred tem povišali, da imaš višjo in odgovornejšo funkcijo, ker si se dobro izkazal, bi te po tej novici odpustili. Poznam punco, ki je bila velikokrat pohvaljena na delu. Po naključju jo je šefica videla, kako odhaja iz sobe, kjer se pije metadon. Po treh dneh jo je odpustila.« Obstajajo redki primeri, ko so delodajalci sprejeli možnost zdravljenja in posameznika obdržali na delovnem mestu. Pri tem potrebujejo neko zagotovilo (npr. da se delavec zdravi) (glej Flaker, 2000: 48-49).

Tudi vloga bolnika otežuje delovno kariero: »Zdi se mi, da zdravstvo pri nas preveč zagovarja odvisnike, ko je kriza, jih dajo pa na bolniško. Narkomanija se obravnava kot bolezen.« Posameznik se začne dojemati kot bolnik in tako ga tudi vidijo drugi. Stigma postane dejanski pečat in institucija – gre za institucionalizacijo stigme. Težave pri zaposlitvi lahko povzročata tudi neprilagojenost urnika razdeljevanja metadona: »Težko je sedaj dobiti službo, saj moraš biti vsak dan od 12. do 13. ure na metadonu ... (prav tam: 48-49).

Raziskava je pokazala da uživalci, ki delajo niso redkost: »Ko sem zadet sem čisto normalen. Nikoli nihče nič ne opazi. Lahko sem v službi - delo zaradi tega ne trpi. Mogoče bi pokapiral kakšen dohtar - k njim ne hodim.« Veliko število uživalcev, tudi tistih rednih in zasvojenih, odstopa od tega stereotipa nedelavnega »džankija«. Kar nekaj intervjuvancev je poročalo o povsem običajnih delovnih karierah in o tem, da jim uspeva obdržati svoje delovno mesto. Nekaterim tudi uspeva končevati svoj študij. Vendar tudi pri njih je prisotna bojazen pred stigmatizacijo in kot posledica tudi izguba zaposlitve. Nekateri pred bojaznijo, da bi izgubili zaposlitev, uspešno prikrivajo stigmo na delovnem mestu (npr. ličenje, urejen videz, skrb za sprotno pospravljanje pribora, ne biti zadet na delovnem mestu, biti ravno prav zadet...) (prav tam: 49).

Del uživalcev, ki ni redno zaposlen, opravlja različna priložnostna dela. Nekatera so tudi precej dobro plačana in se podajo življenjskemu slogu uživalcev (npr. DJ, natararica zgoraj brez...). Drugi se ukvarjajo z ilegalnimi ali pol legalnimi dejavnostmi, da pridejo do zaslужka (preprodaja mamil, kraje, vlomi). Takih je bilo med intervjuvanci malo, večina jih je poročala o majhnih kršitvah, goljufijah (sorodnikov, sodelavcev v službi), o sposojanju, prostituciji itd. Eden izmed pomembnih virov za uživalce je tudi »žicanje«. Nekateri odvisniki so odvisni tudi od podpore staršev, Značilnosti teh virov zaslужka oz. »zaposlitev« so v tem, da so dovolj hitre, pa tudi, da na poseben način opravijo s stigmato. Nekateri so same po sebi tudi stigmatizirajoče (npr. majhne prevare) ali pa stigmatizirana (npr. prostitucija, preprodajanje droge). So pa tudi take, kot npr. »žicanje« in temeljijo na stigmatiziranosti oz. je stigma sredstvo produkcije (prav tam: 52).

»Delovno okolje je, če sklepamo iz izjav naših sogovornikov, okolje, ki je najbolj občutljivo za stigmato uživanja droge in najpogostejši vzrok za skrivanje stigme. To je po eni strani posledica delovnega življenjskega prostora, ki je v primerjavi z družinskim ali vrstniškim ali javnim bolj formalizirano v smislu nadzora, tako da stigma prvič pride bolj do izraza, posledice pa so bolj določene. Po drugi strani pa smo videli, da stigma ni le interakcijska ali moralna kategorija, temveč tudi ekonomska. Videli smo ne le, da omogoča izključitev neke skupine iz sveta dela, temveč tudi konkretne manifestacije zaslужka s stigmato tako s strani delodajalcev kot tudi s strani uživalcev« (prav tam: 53).

Večina odvisnikov od drog, ki jih obravnavajo na centrih za socialno delo, je brezposelnih. Z vidika iskanja zaposlitve imajo te osebe (tudi po zdravljenju) zmanjšane možnosti tudi zaradi stigme in predsodkov delodajalcev. Zato se pri iskanju zaposlitve izpostavlja dilema, ali potencialnemu delodajalcu povedati, da si (zdravljen) odvisnik od drog, ali ne. Če oseba sama tega ne pove, lahko delodajalec to izve drugje; če pa pove, je verjetno ne bodo zaposlili, saj se delodajalci ob trenutni veliki ponudbi delovne sile raje odločijo, da bodo izbrali take ljudi, s katerimi bodo imeli manj problemov. Vendar izkušnje svetovalcev uradov za delo kažejo, da je potrebno v primeru, da delodajalec zaposli (zdravljenega) odvisnika od drog, delodajalca prej dobro seznaniti s to osebo ter ji nuditi oporo tudi ob vključitvi v delo. Možnost zaposlitve (zdravljenih) odvisnikov pa je manjša tudi zaradi nizke izobrazbe. Za odvisnike od drog je posebej značilno, da večinoma zapadejo v odvisnost že zelo zgodaj (v obdobju rednega šolanja), zaradi česar šolanja večinoma ne zaključijo. Ker nimajo dokončane (srednje) šole, so jim na voljo predvsem slabo plačana delovna mesta, ki pa

jih večinoma ne želijo sprejeti in raje prejemajo denarno socialno pomoč ter občasno opravljajo razna priložnostna dela (Trbanc in drugi, 2003: 27-32).

Vilma Kersnik med uporabniki reintegracijskega programa Naprej zmorem sam/a ugotavlja razmeroma visoko stopnjo brezposelnosti, katere velik odstotek predstavljajo iskalci prve zaposlitve. Večina uporabnikov reintegracijskega programa je slabo konkurenčna na trgu delovne sile zaradi nedokončane izobrazbe ter pomanjkanja delovnih izkušenj. Poleg tega, so tudi stigmatizirani. Kljub varovanju podatkov je težko prikriti, da je bil nekdo odvisnik, še težje pa je vplivati na strah in nezaupanje, ki ga izkazujejo delodajalci pri zaposlovanju zdravljenih odvisnikov. Na posameznih območjih npr. Podravju, je težko dobiti zaposlitev celo tistim, ki niso imeli težave z drogami in dosegli visoko izobrazbo. Izkušnje kažejo, da v program reintegracije vstopajo uporabniki brez dokončane ustrezne izobrazbe, imajo slabe delovne navade in nimajo delovnih izkušenj. Le-ti pa so najtežje zaposljiva kategorija iskalcev zaposlitve (glej Kersnik, 2006a).

Če zaposlitve ali vključitve v nadaljnje izobraževanje ni na voljo takoj, motivacija upade in marsikdo ponovno zapade v odvisnost. Izredno pomembno je tudi vzdrževanje visokega nivoja motivacije skozi celotno udeležbo osebe v določenem programu, še posebej takrat, ko gre za bolj dolgotrajno vključitev (npr.: v izobraževanje za dokončanje šole), saj obstaja nevarnost, da posamezniku motivacija upade in lahko program predčasno zapusti. Možnost takojšnje vključitve v programe (takoj po zdravljenju odvisnosti) je zelo pomembna tudi z vidika graditve novih socialnih mrež za bivše odvisnike (še posebej, če so bili na zdravljenju izven svojega življenjskega okolja). Njihove stare socialne mreže so namreč pogosto tiste, ki so jih v odvisnost pripeljale (Trbanc in drugi, 2003: 31).

8 STIGMATIZACIJA V SFERI DRUŽINE

Drama na stike med uživalci in njihovimi starši vpliva različno. Uživalci in abstinenti so predvsem pripovedovali o negativnih učinkih. Stiki se pogosto ohladijo ali celo pretrgajo, starši svojih otrok ne podpirajo in jih obsojajo: *»Ne stoji mi ob strani, vse kar zmore, so obsodbe. A mislim, da imam toliko moči, da mi bo uspelo tudi brez tuje pomoči. Včasih uživalce vržejo iz domače hiše in potem živijo drugje, stiki pa so lahko povsem pretrgani: »Poglej, danes sem srečal svojo mamo v mestu, pa se je obrnila stran, ko me je srečala, polbrat mi je povedal, da imam doma pošto, a jo bom šel iskat jutri, ko ne bo očima doma. V tem primeru so stiki tako zelo pretrgani, da se starši aktivno izogibajo neposrednih srečanj na ulici. Stiki se lahko celo tako zelo poslabšajo, da pride do fizičnega nasilja in sovraštva: »Stric me je pretepal in tudi zdaj, ko sem na metadonu, tega ne odobrava - samo sovražstvo ga je.« (Flaker, 2002a: 141).*

Ko se nakazuje abstinenčni uspeh, si starši prizadevajo, da bi dramati, ki so jo preživeli, dali nadih *happy end*: *»Ful so bili v redu, še bolj so bili prijazni do mene, ko so zvedeli, da sem bil na detoksu, ful se jim je šlo, da bi bil čim boljši. Ceremonije pobotanja so pomembne tudi ob vrnitvi domov: Ko nekaj časa nisem stanoval doma, pa sem se čez par mesecev vrnil, so me zelo lepo sprejeli. Oče je mene, L.- jo (sogovornikovo dekle, op. a.) in mojega brata odpeljal na sankanje in smučanje v Kranjsko Goro.« (prav tam: 145).*

Stigma (nekdanjega) uživalca preoblikuje tudi odnose v družini. Družinski člani začno drugače dojemati drug drugega. Včasih je stigma tako močna, da lahko pripelje do izogibanja in pretrganja stikov.

*»Pretrgal sem vse stike s sorodniki. Stike sem obdržal le s tistimi, ki me razumejo in me niso zasliševali in morili o moji »bolezni«. Z njimi se tudi o teh stvareh ne pogovarjamo, saj spoštujejo človekovo osebnost. Tudi drugi uživalci drog imajo podobno situacijo, nekateri pa enostavno zamolčijo, da so narkomani, in to ne zaradi sebe, temveč zaradi statusa svojih staršev.« Stiki se torej ohranijo tam, kjer je na interakcijskem področju možno biti človek in ne bolnik. Pri tem stigma pade na celo družino, lahko govorimo o *družinski stigmati*, s katero se je treba ukvarjati v neposrednih stikih, tudi če ni eksplicitno omenjena: *»Noben mi ni še nič rekel, samo čutiš tisto nesproščenost. Kot en tabu. Pogovarjamo se o drugih stvareh, v glavi imava pa jaz in on čisto nekaj drugega - drogo.« Stigma ustvarja nelagodje neizrekljivosti (Flaker, 2002a: 147).**

»Drama odkritja in heroína je, kljub temu da včasih vključuje tudi druge akterje, predvsem intimna drama. V njej so igralci tudi občinstvo. Sami sebi sporočajo po eni strani to, da družina še vedno obstaja, po drugi pa, da so šli svojo pot. Tako sporočilo pa je intimno. Širše sorodstvo se tej drami izogiba, dramski dogodek je ostarkiziran in družina je v njem sama s seboj. Heroin je družinska zadeva« (prav tam: 151).

Kako pa je s prijateljskimi vezmi (nekdanjih) uživalcev? Ena izmed poglavitnih socialnih posledic zasvojenosti s heroinom je izguba stikov z vrstniki, ki ne uživajo droge: *»Ko sem se začel fiksati, sem večino prijateljev, ki se niso drogirali, zapustil.«* Drugi sogovornik, ki že abstiniira, je dejal: *»Ko sem užival heroin, sem prekinil vse stike s punco, z vsemi prijatelji in prijateljicami. Edina prijateljica in punca je bila droga - heroin. Zdaj se počasi vklapljam v normalne družbene kroge in upam, da me droga ne pritegne nazaj.«* (glej Flaker, 2002a: 153).

Vzpostavljanje stikov zunaj uživalskih krogov je nujni in težavni del rehabilitacije in začetka življenja brez droge. Zlasti težko je vzpostavljati nove stike tistim, ki prihajajo iz terapevtskih skupnosti oz. komun, saj se ne morejo več družiti s prejšnjimi prijatelji: *»Ja. Ko sem prišel iz Španije, sem mislil, da bom znorel. Tista stara scena ni bila zame. Sicer jih je nekaj odšlo na zdravljenje, eden seje sam odvadil, so pa tudi tisti, ki niso prekinili, novih pa nisem poznal. Kamor koli sem prišel, sem imel občutek, da me vsi gledajo!«* Nekateri občutek, da jih vsi gledajo, pripisujejo treznosti: *»Stanujem pa še vedno doma. Vendar še zdaj, ko sem čist, zunaj včasih opazim, da me ljudje drugače gledajo. Prej, ko sem bil zadet, mi je bilo vseeno. Mislil sem si, to je moja stvar, in sem čisto tako tudi živel. Nisem se menil za druge, kaj so govorili in kako so me gledali. Ko sem prišel iz komune domov, pa sem čutil poglede in šepetanja v krogu ljudi, za katere sem točno vedel, da se pogovarjajo a meni. Zato sem bil raje doma in nisem toliko hodil ven.«* Občutek zaznamovanosti je paradokсно še izrazitejši, ko človek pride iz komune. To se verjetno zgodi, ker človek nima več družbe drugih uživalcev, ki kot skupina omilijo občutek stigmatiziranosti. Drugi razlog je, da se tudi sam distancira od družbe in se ne identificira z vlogo uživalca in zato vidi stigmo kot nekaj, kar se mu dogaja, pa ni del njega (zato je še toliko bolj krivična). In navsezadnje je odhod v komuno dejstvo, ki je vsem na očeh: človeka nekaj časa ni in potem se spet prikaže: torej je tak odhod težko prikriti, še težje pa spodbijati. Občutek povratnikov iz komun, še zlasti v manjših, bolj prepletenih skupnostih, je, da jih ljudje gledajo; ljudje tudi ne vedo, kaj bi z »bivšim narkomanom«, še zlasti, ker pomnijo prekrške; prav tako je velika verjetnost, da bo stigma v starem okolju obstojnejša. Zato se nekateri bivši uživalci zadržujejo bolj doma - ljudje si jih preveč ogledujejo in govorijo o njih, prav to pa jih oddalji od ljudi in jih naredi drugačne

(prav tam: 160-161).

Vrnitev iz terapevtskih skupnosti v domače okolje predstavlja zdravljenim uživalcem velik problem. Zdravljeni uživalec po vrnitvi občuti stigmo močneje, saj je za druge zaznamovan in tuj ter hkrati domač. Praznine stikov povratnik ne more opravičiti, saj čas, ko ga ni bilo, ni čas, ki ga je uporabil za nekaj drugega (npr. potovanje, študij), ampak za heroin (glej Flaker, 2002a: 164).

Zato je toliko bolj pomembno, da se zdravljene uživalce po vrnitvi iz terapevtskih skupnosti nemudoma vključi v program reintegracije, ki bi jim pomagal prebroditi občutke stigme in omogočil lažjo ponovno vključitev v družbo.

9 SOCIALNA IZKLJUČENOST IN VKLJUČENOST

Socialna izključenost je proces, v katerem posamezniki ali gospodinjstva doživljajo resno deprivacijo pri različnih pomembnih virih (običajno večih hkrati) in/ali na področju socialnih vezi širšo skupnostjo oz. družbo (Johnson, 2000).

»Posamezniki in skupine so vključeni v običajne, v posamezni družbi prevladujoče, načine življenja skozi sodelovanje v ključnih virih, institucijah in mehanizmih, preko katerih potekajo civilno, ekonomsko, socialno in medosebno vključevanje v družbo. V sodobnih tržnih družbah, za katere so značilne številne strukturne spremembe na področju dela in zaposlovanja, povečane individualizacije in spremenjenih družinskih ter življenjskih vzorcev, so ključni viri (npr. izobraževanje, zaposlitev, stanovanja, socialne storitve, zdravstveno varstvo ipd.) relativno redki, zato je za družbeno vključenost zelo pomembno, kakšen (kako reguliran) je dostop do njih. Nesodelovanje ali le delno sodelovanje v ključnih virih, institucijah in integrativnih mehanizmih ima za posledico marginalizacijo posameznikov in skupin, ki so izločeni iz življenjskih vzorcev, priložnosti in možnosti, prevladujočih in pričakovanih v posamezni družbi. Za opisovanje sodobnih marginalizacijskih procesov in stanj se vse bolj uveljavlja izraz socialna (družbena) izključenost« (Trbanc, 1996: 287).

Problem socialne izključenosti je večplasten in sega na različna področja človekovega življenja.

»Po Karistu ločimo vsaj štiri vrste izključenosti:

- *izključenost iz delovnega življenja – brezposelnost*
- *izključenost iz potrošniške družbe – klasična revščina*
- *izključenost iz družbe (pomanjkanje socialnih stikov) – osamljenost*
- *izključenost od mehanizmov moči in vpliva – kulturna marginalizacija*

Socialno izključenost je še težje izmeriti kot določiti stopnjo relativne revščine, saj gre za širšo razsežnost človekove stiske. Ne gre le za oceno pojma in razsežnosti "imeti", ampak vključuje tudi razsežnost "pripadati" in "biti". Pomanjkanje se kaže kot deprivacija (pomanjkanje materialnih virov), izolacija (pomanjkanje socialnih stikov) in anomija (občutek nemoči) v vsakdanjem življenju posameznika ali družbenih skupin« (Cvahte, 2004: 111).

Pri socialni izključenosti gre torej za slabo vpetost v družbeno življenje, v priložnosti in možnosti, ki so sicer v družbi splošno na voljo. Proces socialne izključenosti običajno sproži kombinacija različnih dejavnikov (subjektivnih in objektivnih) ter okoliščin, na primer:

- že obstoječe deprivacije, ki jih posamezniki ali gospodinjstva doživljajo dalj časa (npr.: nizki dohodki, brezposelnost, opravljanje občasnih, slabo plačanih del; različne oviranosti in prikrajšanosti...);
- nizek osebni socialni kapital posameznikov ali gospodinjstev oz. nezmožnost uporabiti svoj socialni kapital (npr.: nizka izobrazba, brez kvalifikacij, slaba funkcionalna pismenost, težave pri komuniciranju, malo socialnih stikov ali zelo omejeni stiki, nezmožnost poiskati informacije o različnih razpoložljivih možnostih, priložnostih in pravicah...);
- neugodna objektivna situacija: zaostrene gospodarske razmere in razmere na trgu delovne sile, malo razpoložljivih zaposlitev, restriktiven ali neučinkovit socialni sistem, visoka regionalna koncentracija brezposelnosti, težko dostopno ali drago izobraževanje...;
- slaba vpetost v socialna omrežja in/ali nizka podpora socialnih omrežij (družine, sorodnikov, prijateljev, sosedov) (glej Trbanc, Boškič, Kobal, Rihter, 2003:5).

Koncept socialne izključenosti je širok, kompleksen in večdimenzionalen. Commins socialno izključenost v širšem smislu razume v okviru neuspeha pri sodelovanju v katerem od sistemov, ki omogočajo vključenost posameznikov v družbo. Ti sistemi so:

- demokratični ter zakonski (pravni sistem) – omogoča civilno vključenost (npr. biti enakopraven državljan v demokratični družbi)
- trg delovne sile – omogoča ekonomsko vključenost (npr. imeti zaposlitev)
- sistem države blaginje – omogoča socialno vključenost v ožjem smislu (npr. imeti možnost uporabljati socialne storitve, ki jih zagotavlja država)
- družina ter sistem sosedskih, prijateljskih mrež – omogoča medosebno vključenost (npr. zagotavlja varnost, družabnost, moralno podporo) (glej Trbanc, 1996: 289-290).

Martina Trbanc meni, da o socialni (družbeni) izključenosti v širšem smislu govorimo takrat, kadar se izključenosti pri posameznikih in skupinah nakopičijo iz sistemov civilne, ekonomske, socialne in medosebne integracije, torej znotraj teh dimenzij. Do socialne izključenosti prihaja zato, ker imajo posamezni integrativni sistemi slabo organizacijo, ali pa slabo delujejo. Ključni viri, preko katerih potekata ekonomska in socialna integracija (npr. izobraževanje, zaposlitve, stanovanja...), so relativno redki in zaradi tega je dostop do njih omejen. Omejitve pri dostopu do relativno redkih ključnih virov lahko preidejo v (bolj ali manj prikrito) diskriminacijo (glej Trbanc, 1996: 290).

»Človekove pravice ustvarjajo moralen in praven okvir za učinkovit boj proti revščini in socialni izključenosti. Okvir človekovih pravic lahko seže zelo daleč pri spoprijemanju z lokalnimi, nacionalnimi in svetovnimi procesi osiromašenja. Strategije, namenjene izkoreninjanju revščine in socialni povezanosti, se bodo izkazale za učinkovite le, če bodo ukoreninjene v človekovih pravicah« (Win, 2004: 147).

10 PREVENTIVA

Preventivo delimo na primarno, sekundarno ter terciarno. Spodaj je prikazana tabela, kjer avtor po ključnih vidikih primerja medicinski in socialni koncept glede na posamezne ravni preventive (Polajner, 2005: 16):

Tabela 10.2: Preventiva

Ravni preventive	Osnovni elementi	Medicinski koncept	Socialni koncept
Primarna	Načelo	Krepitev zdravja vse populacije in preprečevanje zdravstvene škode in obolenj.	Splošna pomoč zdravi večini, da sploh ne bi pričela z uživanjem drog.
	Ciljna populacija	Vsa populacija: zdrava večina, ki ne uživa drog in občasni uživalci drog.	Predvsem zdrava večina, ki ne uživa drog (in ne občasni uživalci drog, čeprav so "nehote" udeleženi pri vsebinah primarne preventive).
	Metode	Najširše informiranje in posredovanje "objektivnih" informacij o drogah.	Delavnice in treningi socialnih veščin, delo s skupinami; izobraževanje ključnih oseb.
	Vsebine	Glavna vsebina so sredstva za omamo oz. droge: vrste in učinki drog, načini uživanja drog, nevarnosti ob uživanju drog, napotki za čim manj škodljivo uživanje drog za tiste, ki (občasno) uživajo droge, naslovi za pomoč za uživalce drog, ki zaradi uživanja drog zapadejo v različne zdravstvene težave in duševne stiske,...	Glavna vsebina je človek: krepitev tistih osebnostnih, vedenjskih in socialnih lastnosti (zlasti mladih), ki so značilne za osebe, ki ne potrebujejo drog: zdravi in socialno sprejemljivi načini za iskanje pomoči v stiskah, vedenjske in odnosne spretnosti za uveljavljanje v družbi, načini za nižanje strahu (zabave, izpiti,...), ravnanje z viški energije, osebna stališča mladih glede drog in patoloških omam nasploh, načini za spoprijem z negativnim socialnim pritiskom vrstnikov, ki ponujajo droge, vzori mladih,...
Sekundarna	Načelo	Pomoč uživalcem drog, da z drogiranjem prenehajo in tudi zniževanje škode zaradi (začasnega) uživanja drog.	Usmerjena sistematična pomoč posebno rizičnim, da ne bi pričeli z uživanjem drog.
	Ciljna populacija	Občasni in problematični uživalci drog (praviloma niso zasvojeni). (sistem ne vključuje ključnih bližnjih oseb kot njihovo obveznost)	Praviloma (še) abstinenti - a posebno rizični za uživanje drog (npr. otroci "problematičnih" staršev - alkoholikov, odraslih uživalcev drog, duševnih bolnikov, kriminalcev, prostitutk,...). Ključne bližnje osebe (zlasti starši)
	Metode	Kemoterapija - zniževalni metadonski program Terensko delo - informiranje in testiranje drog Informiranje o čim manj nevarnem uživanju drog (zloženke,...)	Organizirano preživljanje prostega časa Mentorstvo in prijateljske skupine Vzgoja - tabori, pohodništvo, šport, kultura Nadomestni starši (ne/formalni) Redna učna pomoč, pogosto

			vključno z organiziranjem varnega in mirnega prostora za učenje Osebno mentorstvo in svetovanje
	Vsebine	Podeljevanje metadonske (ali ustrezne druge) solucije, zdravstveni pregledi, motiviranje. Terensko delo (npr. na rave zabavah) za spremljanje tvegane vedenja in podajanje informacij o nevarnih vsebinah drog, da uživalec ve, kaj jemlje (testiranje drog). Učenje uživalec drog npr. o pripravi sterilnega pribora (za preprečevanje okužb in poškodb), informacije o potrebnem času po zaužitju droge, da droga da željen efekt (za preprečevanje predoziranja,...)	Glej: metode (= skoraj isto kot vsebine) Temelj: trajni in osebni odnos zdrave osebe in rizičnega mladostnika. Pomen: rizični mladostnik ima ob mentorju in organizirani pomoči od zdravih vrstnikov pomoč, da osebnostno raste in pridobiva zdrave življenjske izkušnje ter medčloveške odnose (večinoma le-tega doma nimajo, starši so škodljiv primer oz. slab vzor); vključno z učenjem za zavzetje zdravega odnosa do omam in drog (zmernosti ali/in popolne zdržnosti). Tudi: odtegniti rizične, da ob prostem času ne bi postali žrtve kriminalnih in dilerskih združb.
Terciarna	Načelo	Pomoč (kroničnim) zasvojemcem do vzdrževanja abstinence ali vsaj preprečevanje hujših zdravstvenih zapletov, nalezljivih bolezni, smrti,...	Pomoč neozdravljivim, da ostanek svojega življenja preživijo na čim bolj človeški način (terapija je samostojno področje izven preventive!).
	Ciljna populacija	"Težji" (kronični, akutni) zasvojenci Ključne bližnje osebe zasvojemcev	Neozdravljivi zasvojenci (pogosto "klošarji")
	Metode	Telesna detoksikacija, hospitalno zdravljenje, podaljšano ambulantno zdravljenje, klubi abstinentov,...	Socialna oskrba, osebna pomoč, prostovoljstvo, azili, sofinanciranje zdravstvene pomoči za brezdomce,...
	Vsebine	"Zdravljenje" v medicinsko – psihiatričnem pomenu: storitve za nastanitev (hospitalne bolnice), kemoterapija, psihoterapija, socioterapija, okupacijska terapija, svetovanje;...	Brezplačno podeljevanje hrane, obleke, nočitve, zdravstvena pomoč, pooblaščno urejanje socialnih in formalnih zadev, prostovoljno druženje,...

Vir: Polajner, Bogdan (2005): »Pomen razlikovanja med primarno in sekundarno preventivo na področju zlorab drog«. Odmevi, april, 9, str. 16-17.

»Kljub tej razdelitvi vrst preventivnega delovanja na tri stopnje pa so vse tri med seboj nujno povezane in prepletene. Pogosto so tudi ciljne skupine, ki so jim namenjene, lahko deležne več različnih oblik preventive. Izobraževalni programi lahko na primer tudi nekatere stare odvisnike motivirajo za zdravljenje, zatorej spadajo še v sekundarno preventivo« (Hren, 2000: 62).

Starši igrajo pomembno vlogo v otrokovem življenju in lahko sami največ naredijo glede primarne preventive s samo vzgojo in zdravimi odnosi v družini. Primarna preventiva bi morala potekati že od rojstva, vse tja do mladostniške dobe.

Ko se starši soočijo s problemom droge pri mladostniku, za to velikokrat krivijo samega mladostnika in njegove vrstnike. Pri tem pa se ne vprašajo, kaj je vzrok, da je mladostnik sploh posegel po drogi. Velikokrat potem pride do konfliktnih situacij (prepiri, nasilje...) med starši in mladostnikom, ali celo otopelih odnosov. Starši za takšno stanje v družini pogosto krivijo drogo. Vendar, kot sem že omenila se je pri tem potrebno vprašati, kje tiči vzrok za uživanje droge ter se z mladostnikom čim več pogovarjati in ga skušati razumeti.

Karel Gržan je v svoji knjižici z naslovom *V svetu omame: droga na Slovenskem* opravil intervju s staršema dveh zdravljenih odvisnikov. Oče v intervjuju pove: *»Imamo obrt, in to v domači hiši in na domačem dvorišču. Preprosto ni bilo časa. Nenehno stranke. Ni bilo več prave pozornosti za družino, za medsebojne odnose. Otroka sta bila samorastnika. In ko je odkril drogo starejši, je vanjo potegnil še mlajšega. Oba pa sta bila presneto močna«* (Gržan, 1999: 45). Mati opiše odnose v družini: *»To so boleči spomini. Živelimi smo, kot živi danes večina povprečnih Slovencev. Ne zato, ker tako hočejo, pač pa zato, ker tako morajo, pa tudi zato, ker drugače ne znajo. Kdo pa nas uči o kvaliteti življenja? Bilo je delo, bile so skrbi. Veliki otroci, velike skrbi. Pogovarjali smo se na hitro, na kratko. Nismo imeli časa drug za drugega. Danes razmišljam o tem, če nismo pred tem časom zavestno bežali, ker nismo vedeli, kaj naj počnemo drug z drugim. Dela, ki je postal izgovor, pa je bilo tako vedno dovolj«* (Gržan, 1999: 47). Mati in oče zdravljenih odvisnikov sta spoznala, kje je bil vzrok, da sta njuna otroka posegla po drogi. Reševanje problemov odvisnosti pomeni reševanje problemov celotne družine.

Don Pierino opiše vse bolj pogoste brezosebne odnose v družini: *»Kako pomembno je, da družina sedi skupaj za mizo. Hiša je dom in ne hotel ali restavracija. Je kraj, kjer se družina srečuje. Mnogi imajo, ko se zberejo, vključen radio ali televizor. Kakor da je bolj pomembno tisto, kar se je zgodilo na drugem koncu sveta, kot to, kar sedaj doživlja moj otrok, moja žena, najbližji«* (Don Pierino v Gržan, 2004: 30). Družinski člani živijo drug mimo drugega, zatopljeni v svoja opravila, ni časa za pogovore in čustva. Tudi takrat, ko se družina končno zbere skupaj, je vsa pozornost usmerjena v televizijo. Tukaj lahko omenim zelo življenjsko pesem Adija Smolarja, z naslovom *Bognedaj, da bi crknu televizor!* Adi Smolar v pesmi prepeva:

*»Kadarkoli naša je družina zbrana
se razporedimo okol TV ekrana.
Pet nas je, vsi molče sedimo,
gledamo program, nič ne govorimo.
Se noben na nobenga ne ozira
in zato ne pride do prepira.
Vsi smo v svoje misli zatopljeni,
prav lepo, lepo smo odtujeni
Kaj zato če čisto nič ne štima,
ob televizorju srečna smo družina«.*

Odnosi v takšni družini so odtujeni in otroke, namesto staršev »vzgaja« televizija. Otrok v takšni družini se ne čuti sprejetega, ljubljenega in lahko kaj hitro zaide v svet omame.

Starši bi morali omogočiti otroku, da razvije zdrav občutek lastne vrednosti. »Po dr. Nathanielu Brandnu občutek lastne vrednosti pomeni zaupanje v svoje sposobnosti obvladovanja življenjskih izzivov in prepričanje, da smo vredni sreče in uspeha. Zato je nujno potreben za spoprijemanje z vse večjo negotovostjo in izzivi današnjega časa« (Bratovš, 2004: 59).

Starši morajo imeti na voljo dovolj relevantnih informacij glede drog in so potrebni preventivni ukrepi, ki bi opozarjali starše na morebitne znake omamljenosti. Starše bi bilo potrebno izobraževati o pravilni komunikaciji: kako ravnati, če zvedo, da njihov otrok uživa droge, kako prepoznati stisko otrok, kako jih motivirati, se jim približati...

Vendar pa včasih niti urejena družina in niti otrokov zdrav občutek lastne vrednosti ne zadostujeta, da mladostnik ne bi poskusil droge, vendar je verjetnost, da postane odvisnik dosti manjša v primerjavi s tistim mladostnikom, ki vsega tega nima.

Potrebno pa je izpostaviti, da ni dovolj, da se pri preventivi zanašamo samo na družino, ampak je pomembna tudi podpora s strani okolja in vseh ostalih institucij.

Primarna preventiva bi se morala začeti v družini in nadaljevati v šoli. Tudi učitelji in profesorji igrajo pomembno vlogo v življenju mladostnikov, saj z njimi preživijo veliko časa. Pomembno je, da so učitelji in profesorji izobraženi glede problematike drog, da so osveščeni o znakih omamljenosti, saj le tako lahko pravočasno opazijo spremembe na svojih učencih ter ustrezno ukrepajo. Vendar ukrepi nikakor ne smejo biti represivni (npr. ukori, izključitev), temveč se je potrebno usmeriti v reševanje problema in vanj vključiti mladostnika, njegovo družino, psihologa, socialnega delavca.

Potrebno je izobraziti in informirati starše in pedagoge. Le-ti bi morali vedeti čimveč o drogah, saj je ravno neznanje razlog za zmotne predstave, predsodke, napačna ravnanja, ki pa so bolj v škodo kot korist mladostnikom.

Pri preventivi ima tudi pomembno vlogo urejeno socialno okolje: vzpodbujanje mladih k interesnim dejavnostim z namenom kreativnega preživljanja prostega časa (ustvarjalne delavnice, športne, kulturne, humanitarne dejavnosti itn.).

V preventivo je torej potrebno vključiti starše, pedagoge, medije, zdravstvene, socialne ter druge organizacije, lokalne akcijske skupine (dalje LAS)¹⁰, saj smo lahko le s skupnimi močmi uspešni na področju problematike drog.

V nadaljevanju bom predstavila programe, ki spadajo v sekundarno ter terciarno preventivo. Obstajajo torej različni družbeni odzivi glede uživanja drog in na podlagi tega so se oblikovali tudi različni programi nudenja pomoči odvisnikom od drog ter abstinentom. Nekateri so usmerjeni bolj nizkopražno, kjer pogoj za vključitev v program ni abstinenca in delujejo na principu zmanjševanja škodljivih posledic uživanja drog ter dekriminalizacije uživalcev drog. Visokopražno usmerjeni programi pa so namenjeni tistim, ki si želijo v celoti prekiniti z uživanjem drog ter si prizadevati za spremembo življenjskega sloga oz. življenje brez drog.

11 PROGRAMI VISOKEGA PRAGA

Visokopražni abstinencijski programi (dalje VPA) so kratkotrajni in dolgotrajni. Kratkotrajni VPA iz vidika vključenosti uporabnika trajajo nekaj mesecev, praviloma okoli leto dni – taki programi so seveda primerni bolj za populacije eksperimentatorjev z drogami. Dolgotrajni VPA vključujejo posameznika večinoma od 2 do 5 let, pri tem je povprečna časovna vključenost uporabnika v intenzivni – praviloma stanovanjski - program v Evropi povprečno leto in pol. To je tudi minimalni čas terapije, da odvisnik lahko doseže stabilno izboljšanje. Dolgotrajni VPA so namenjeni odvisnikom, z daljšo kariero uživanja nedovoljenih drog, pred vstopom v program (glej Polajner, 2006a: 32).

¹⁰ LAS je strokovno posvetovalno telo župana/županje in/ali mestnega/občinskega sveta. Članstvo LAS naj bi bilo sestavljeno iz predstavnikov občine, vrtcev, šol, staršev, mladih, zdravstvenega doma, centra za socialno delo, zavoda za zaposlovanje, policije, sodišča, nevladnih organizacij (zlasti mladinskih centrov ali klubov ter športnih in kulturnih društev), verskih skupnosti, medijev idr. Članstvo v LAS naj bi bilo praviloma odprto za vse zainteresirane občane in občanke, ki želijo delovati na področju preprečevanja zasvojenosti v dobrobit lokalne skupnosti (Košir, 2005: 5-6).

VPA se delijo na nestanovanjske in stanovanjske programe. Nestanovanjski se zopet delijo na take, kjer je uporabnik vključen v program zgolj po nekaj ur tedensko (ambulantni tip VPA) in na take, kjer je uporabnik vključen čez dan (dnevni centri). Stanovanjski program VPA pa uporabnika vključi tako, da le-ta preživi daljše obdobje v komuni ali terapevtski skupnosti (ne gre za isti tip programa!) kot v svoji začasni nadomestni družini oz. kot v svojem začasnem nadomestnem domu. V praksi je najpogostejša kombinirana organiziranost: uporabniki se v obliki dnevnih programov pripravljajo na bivanje v terapevtski (stanovanjski) skupnosti in se iz nje ponovno reintegrirajo v družbo ob podpori ambulantno organiziranega programa (prav tam: 32-33).

VPA z vidika doktrine delovanja in kadrovske zasedbe delimo na samopomočne (laične), na »čisto« strokovno vodene in na kombinirane programe. Laični programi so oblikovani večinoma kot komune, temeljijo pa na medsebojni samopomoči med uporabniki; strokovnih delavcev večinoma ne vključujejo ali jih vključujejo le kot sodelavce, brez temeljne vloge pri ključnih odločitvah. »Čisti« strokovni programi so praviloma zajeti v javnih zdravstvenih mrežah, v okviru psihiatričnih bolnic, kjer zdravniki (psihiatri, psihologi,...) kot edini pravi nosilci programa »zdravijo« paciente. Kombinirani programi pa največkrat sovpadajo s terapevtskimi skupnostmi, kjer v timih praviloma velja načelo tretjinskih deležev pri odločanju in izvajanju programa: del je strokovnih delavcev (formalno izobraženi terapevti), del je bivših zasvojenecv z uspešno zaključenim programom in del je prostovoljnih, laičnih sodelavcev. Trenutni trend v Evropi kaže na nazadovanje čisto laičnih in čisto strokovnih programov, medtem ko so programi terapevtskih skupnosti - vsaj iz vidika vključene populacije – v porastu. Podobno stanje se kaže tudi v Sloveniji (prav tam: 33).

11.1 DETOKSIKACIJA

Detoksikacija oz. razstrupitev poteka na dva načina:

- nenaden odvzem heroina (abstinenčne težave blažita klonidin in lofeksidin)
- postopno zmanjševanje doze (najprej zamenjava heroina z metadonom ali drugimi nadomestnimi sredstvi).

Detoksikacija ne poteka nujno pod zdravniškim nadzorom, saj se nekateri odvisniki poizkušajo sami »spustiti«, preden poiščejo pomoč pri ustreznih službah. Vendar pa je uspeh takšne detoksikacije majhen, saj posameznik ponavadi ni vključen v noben psihosocialni

program, ki bi mu pomagal lajšati težave in nudil podporo. Zaradi tega je izražena težnja, da se posameznik po detoksikaciji vključi še v kakšen psihosocialni program.

Za detoksikacijo se dostikrat odločijo uživalci heroina, ki nimajo namena prenehati uživati heroina. Razlogi za to so predvsem ekonomski, saj finančno ne zmorejo zadovoljiti vse večjo potrebo po drogi. Po detoksikaciji pa lahko uživalec z manjšim odmerkom doseže enake učinke, kot jih je pred detoksikacijo dosegel z znatno večjim odmerkom.

Posebni detoksikacijski oddelki so ponavadi zelo zasedeni in zaradi tega, detoksikacijo dostikrat izvajajo na psihiatričnih ali drugih oddelkih bolnišnic. Detoksikacija na drugih oddelkih je zaradi prostorske in kadrovske stiske pomanjkljiva, saj tako odvisniki niso vključeni v intenzivnejšo motivacijsko ter psihoterapevtsko obravnavo.

11.2 PSIHOTERAPIJA

Psihoterapija je lahko skupinska ali individualna, ter spada med največkrat uporabljene metode med detoksikacijo in po njej.

Metode zdravljenja se med seboj prepletajo, vse pa so uspešnejše, če jih spremlja psihoterapija. Psihoterapevtske tehnike so: vedenjska, vedenjsko-kognitivna, partnerska in družinska terapija, sproščanje in trening veščin. Psihoterapija igra pomembno vlogo pri razumevanju in analiziranju vzrokov odvisnosti, postopnem spreminjanju bolečih občutij in razpoloženj, sprejemanju realnosti, učenju veščin za premagovanje stresov... Odvisni niso homogena skupina, zato so za različne posameznike primerne različne vrste psihoterapije. Najbolj pomembni dejavniki psihoterapije so terapevtsko razumevanje pacientovih stisk oz. empatija, zmožnost vzpostavitve ustreznega medosebnega odnosa ter nudenje opore (glej Auer, 2001: 126).

OBRAVNAVA DRUŽINE

Reševanje problemov odvisnosti pomeni reševanje problemov celotne družine. Razdvojen ni samo odvisnik (ali opustiti drogo ali ne), razdvojena je tudi njegova družina v odnosu do njega (sovražijo ga, ko uvidijo da droge ne namerava opustiti in ga imajo radi, ko namerava prekiniti z uživanjem droge. Zato je potrebno v reševanje problemov vključiti celotno družino odvisnika. Obravnava družine se osredotoča na prihodnost: izboljšanje odnosov v družini, ponovna reintegracija odvisnika v družino...

DELO S STARŠI

Skupinsko delo s starši je zelo pomembno, saj jim omogoča razumeti dinamiko razvoja odvisnosti ter pomaga znebiti se občutkov krivde. Običajno so starši organizirani kot skupina pomoči s profesionalnim vodjo (glej Auer, 2001: 129-130).

PROGRAMI ZA POSEBNE SKUPINE ODVISNIH

Sem spadajo programi za zdravljenje žensk, programi za mladostnike, programi za odvisne s soboleznijo, programi za prestopnike (terapija namesto kazni), programi namenjeni uživalcem neopijatnih drog (glej Auer, 2001: 130-133).

11.3 KOMUNE IN TERAPEVTSKE SKUPNOSTI

Visokopražni programi so namenjeni tistim, ki si želijo v celoti prekiniti z uživanjem drog. Med seboj razlikujemo socioterapevtsko in bolj psihoterapevtsko usmerjene skupnosti. Socioterapevtske skupnosti posvečajo pozornost predvsem vedenju v skupini in v konkretnih življenjskih situacijah. Psihoterapevtske skupnosti se bolj ukvarjajo s posamezniki in vzroki, ki so jih pripeljali v odvisnost (glej Auer, 2001: 133).

»Zgodovinski razvoj VPA pa je prinesel delitev v dve veliki veji: v komune (in azile) na eni strani in na terapevtske skupnosti na drugi strani. Še danes gre za zelo neenak razvoj obeh temeljnih usmeritev VPA. Medtem ko so komune, navadno ujete v karizmo ustanovitelja, le malo spreminjajo, pri terapevtskih skupnostih v Evropi in ZDA danes govorimo že o tretji generaciji teh programov« (Polajner, 2006: 32).

Zdravljenje v terapevtskih skupnostih in komunah je usmerjeno na abstinenco ter na radikalne spremembe osebnosti, mišljenja, vrednostnega sistema, življenjskega stila. Ljudje s skupnim življenjem in delom v komuni ali terapevtski skupnosti skušajo ustvariti kolektivni smisel za življenje in si med seboj pomagati.

Terapevtske skupnosti in komune so bile najprej namenjene odvisnikom od heroina, danes pa so ponekod že ustanovljene terapevtske skupnosti za odvisnike od drugih drog (npr. alkohola, marihuane, kokaina...)

V Sloveniji delujejo naslednje komune in terapevtske skupnosti: pod okriljem Zavoda Pelikan Karitas delujejo komune v okviru programa Skupnost Srečanje (Center Sveta Trojica, Center Kobilje, Center Nova Gorica, Center na Čadrgu, Center v Vremah, Center na Razborju - edina komuna namenjena dekletom). Pod okriljem Društva Projekt ČLOVEK deluje

terapevtska skupnost Sopotnica pri Škofji Loki. Prav tako pa v povezavi z delujočimi komunami ali terapevtskimi skupnostmi delujejo tudi informativni in pripravljalni programi, ki imajo prav tako zelo pomembno vlogo pri vključevanju mladostnikov v komune in terapevtske skupnosti. Takšnih programov je v Sloveniji več in sicer v Ljubljani, Kopru, Sežani, Kranju, Mariboru, Celju, Ptuju in Ilirski Bistrici (glej Ferlan Istinič, 2005: 30).

Intervjuvani uživalci in abstinenti¹¹ so komunam očitali, da se ljudje, ko pridejo iz komune, vrnejo v življenje z drogo: *»Pol moje družbe je zdaj v Italiji. Tam se je lahko odvadit, problem nastane, ko se vrneš. Imam devet prijateljev, ki so prišli nazaj in se po enem mesecu spet začeli zadevat. Če bi prišel k njim na obisk s horsom v žepu, bi se vsi hoteli zadet.«* Ti primeri so druga plat mita o zdraviteljski funkciji komun: *»Poznam jih vsaj deset, ki so prišli čisti iz komune, zdaj pa so na istem, kot so bili.«* Intervjuvani abstinent razloži, kaj te čaka, ko se vrneš iz komune: *Komune so koristne, ampak je vse odvisno od človeka. Vrnit nazaj se je bilo zelo težko, nekako sem se kar bal nazaj - težko mi je bilo sest h kolegom, imeli so občutek, da so kužni; da tudi oni dilajo, če pa bi šel k tistim, ki so bili se zmerom na drogi, bi bilo spet vse po starem. Zdaj sem večinoma rajši doma.«* Vrnitev v staro okolje je težka zaradi problemov integracije: *»Največ pa lahko pomagajo bivši odvisniki. Komune pa niso v redu. Ko si v komuni, te zaposlijo, kar naprej nekaj delaš. Ko pa prideš ven, si pa tam, kjer si bil. Dolgčas ti je in se spet začneš špikat.«* Nekateri sogovorniki ugotavljajo, da je ena izmed pomanjkljivosti komun tudi, da so precej drage. Nekatere pa moti verska naravnost komun, strog režim, dolgotrajnost postopkov in čakanje na sprejem... Intervjuvani uživalci in abstinenti so navajali tudi dobre strani terapevtskih skupnosti: pomoč bivših odvisnikov in zaposlitvena naravnost komun, odhod s scene uživanja drog... (glej Flaker, 2002b: 200-205).

12 PROGRAMI NIZKEGA PRAGA

Socialno delo, ki akceptira uživanje drog, je prispevalo k razvoju nizkopražnih programov. Nizkopražni programi vključujejo paradigmo zmanjševanja škode (»harm reduction«): delovanje na principu zmanjševanja škodljivih posledic uživanja drog ter dekriminalizacije uživalcev drog. Abstinenca, vzdržnost od mamil, ni edini cilj pomoči uživalcem, saj bi s tem izključili velik del uživalcev, ki nočejo ali ne morejo prenehati z uživanjem drog. Programi nizkega praga dosežejo tudi najbolj težko dosegljivo ali »skrito«

¹¹ Raziskava je bila del projekta Phare »Zmanjševanje povpraševanja po drogah«, v katerega je bila vključena tudi Slovenija.

populacijo odvisnikov in odvisnic od nedovoljenih drog oz. tiste osebe, ki niso v stiku z nobeno zdravstveno ali socialno službo.

12.1 SOCIALNO DELO, KI AKCEPTIRA UŽIVANJE DROG

Herwig-Lempp in Stover (1992) izhajata iz spoznanja, da je urejanje uživanja drog s kazenskimi pravom ali s hotenim zdravljenjem neproduktivno. Zaradi dvojne stigmatizacije (odvisnik kot kriminallec in tisti, ki je bolj izpostavljen aidsu) sta izoblikovala model/koncept, ki je nasproten tradicionalnemu delu z uživalci. Njune predpostavke glede videnja socialnega dela, ki akceptira uživanje drog so:

- Uživalci drog imajo tudi ob nadaljevanju uživanja drog pravico do človeka vrednih življenjskih pogojev, ki si jim jih ni treba pridobiti z abstinenco in prilagojenim vedenjem.
- Uživalci drog lahko ravnajo odgovorno, svoboda volje je neodtujljiva podlaga terapevtskih odnosov in drugih oblik pomoči.
- Tudi navidez nerazumno obnašanje uživalca drog je mogoče sprejeti kot osebno odločitev in kot življenjski slog, celo tedaj, ko ga sami nikoli ne bi prevzeli.
- Kot poklicnim delavcem z uživalci drog nam ni treba vedeti, kaj je za uživalca prav, smiselno in »dobro«, saj o tem odloča sam.

Te predpostavke omogočajo avtonomijo posameznika in njegovo odgovornost za lastno ravnanje. Ta pristop za razliko od tradicionalnega pristopa nikogar ne sili k zdravljenju ali posvetovanju, saj vsi uživalci nedovoljenih drog zaradi svojega stila življenja ne trpijo in ne potrebujejo pomoči.

Herwig-Lempp in Stover ugotavljata (1992 :75-76), da koncept, ki opredeljuje odvisnost kot bolezen (zasvojenost, ki vodi v zanesljiv fizični ter psihični propad), vsebuje enodimenzionalnost ter inflatorno rabo pojma bolezen. Sprejemanje tega koncepta zamegljuje raznovrstnost življenjskih razmer in osebnosti ljudi, ki uživajo droge.

Nujni koraki in oblike dela, ki sprejemajo uživanje mamil (glej Herwig-Lempp in Stover, 1992: 81-84):

- a) Zdravstveno varstvo (razdeljevanje injekcij ter kondomov, organizacija prostorov za vbizgavanje, ambulantna oskrba vnetij in poškodb, prehrabena ponudba...)

- b) Pravno varstvo (vzpostavitev oz. ohranjanje zveze z odvetniki, ki se ukvarjajo s pravnimi primeri, v katerih nastopajo omamna sredstva, z namenom, da bi bili uživalci na ta način seznanjeni z razvojem prava na tem področju in da bi z njim lahko seznanjali še druge; prizadevanje za izoblikovanje posvetovalnih teles za zapornike, ki prestajajo kazen zaradi uživanja drog, da bi preprečili specifične diskriminacije te skupine zapornikov; služba socialne pomoči in morebitni stiki z organizacijami za brezposelne delavce z namenom zagotavljanja posvetovalnih terminov; delovanje v prid izogibanju zaporni kazni, dekriminalizacija...)
- c) Reševanje stanovanjskega vprašanja (pomoč pri pridobivanju stanovanjske namestitve: prehodni domovi, ustanove za nego obolelih za aidsom, drop-ini, prenočitvene možnosti...)
- d) Prostočasna in izobraževalna ponudba (izleti, skupine za samopomoč, možnosti izobraževanja in izpopolnjevanja, seznanjanje javnosti s problemi odvisnikov...)
- e) Zaposlitvene možnosti (pridobitev ustreznih delovnih mest, ukrepi za pridobivanje dela...)
- f) Svetovanje in kontaktne možnosti (situacijsko, s krizo pogojeno naglo svetovanje, informacije o »safer use« in »safer sex«, povezanost z drugimi oblikami socialnega dela...).

Socialno delo, ki akceptira uživanje droge, se odpoveduje abstinenci kot nujnemu cilju in izvaja pomoč za samopomoč pri vsakdanjih eksistenčnih opravilih ter spodbuja proces socialne integracije (prav tam: 81).

Peter Stefanovski (1996: 298-299) meni, da je pragmatično ravnanje socialnega dela, ki sprejema uživanje drog tisto, ki uživalcem omogoča zadovoljevanje eksistenčnih potreb, hkrati pa neprikrito zavrača uživanje drog. S tem se uživanju drog odvzame dramatična razsežnost. Socialno delo mora zagotoviti prostor za komunikacijo, za izrekanje stiske in možnosti reševanje le te, mora se izogibati neposrednemu pozivanju k abstinenci, saj to pri uživalcih droge povzroča izgubo kontrole. Socialno delo, ki akceptira uživanje droge je usmerjeno predvsem k iskanju potencialov za razrešitev odnosne stiske (sprememba odnosnega sistema: delo »tukaj in zdaj«, abstinenca kot ena izmed možnosti razrešitve problemske situacije). Končni smoter pa je opredeljen kot socialna vključenost.

»Recidiv se nikakor ne sme dramatisirati. Je kratko malo korak naprej v proučevanju svojega odzivanja na drogo. Pozornost je treba usmerjati na odvajanje in ne na recidiv. Ko omogočamo samoproučevanje, v katerem so možne tudi trenutno napačne ocene, dajemo posamezniku občutek nadzora nad potekom odvajanja. Bolj ko bodo nadzorovali svoje ravnanje, večja je možnost, da se jim bo zdelo vredno prizadevati si za določen cilj. Idealni izid odvajanja pa je lahko abstinenca« (Stefanovski, 1996: 297).

Socialno delo, ki akceptira uživanje drog, dojema uživanje drog kot način življenja posameznika, za katerega se je odločil sam. Takšen pogled je torej prispeval k razvoju nizkopražnih programov, ki se osredotočajo predvsem na demarginalizacijo uživalcev drog ter pomoč za njihovo preživetje brez abstinence. Pri tem gre za večjo dostopnost služb uživalcem drog in odpravljanje nujnosti abstinence. Ravnati se po tistem kar pomaga in ne po tistem, kar naj bi bilo pravilno.

Programi nizkega praga so se začeli razvijati sredi 80.let 20. stoletja kot reakcija na epidemijo HIV in hepatitisa. Ti programi vključujejo konkretne pomoči pri zdravstveni, materialni in socialni stiski. Uživalcem nudijo sterilne igle in brizge, kondome, gradiva o varnem injiciranju in varni spolnosti, ter tako zmanjšujejo nevarnost okužbe z virusom HIV in hepatitisi...

V programe nizkega praga spadajo: metadonski vzdrževalni program, terensko delo z uživalci drog, programi izmenjave igel, dnevni centri, svetovanje, nočna zavetišča, varne sobe za injiciranje, pomoč pri iskanju zaposlitve, samoorganiziranje uživalcev, skupine za samopomoč ipd.

Od leta 2005 v Sloveniji obstaja Zveza nevladnih organizacij na področju zmanjševanja škodljivih posledic zaradi uporabe drog. Zveza spodbuja in razvija ukrepe pomoči uporabnikom drog, ki temeljijo na socialni pravičnosti, solidarnosti, načelih enake dostopnosti in proste izbire oblik pomoči ter uporabnikom zagotavlja dostojanstvo, enake možnosti in preprečuje socialno izključenost (Flaker in drugi, 2006: 77). Kljub obstoju Zveze nevladnih organizacij na področju zmanjševanja škode, imamo v Sloveniji še vedno premalo služb zmanjševanja škode. Stopnja uživalcev je relativno visoka – 4.5 intravenoznih uživalcev na 1000 prebivalcev in nas uvršča na sam vrh (V Evropi je primerljiv le Luksemburg – 4,2, v Franciji jih je med 1,9 in 2,5, na Češkem malo več kot eden na tisoč prebivalcev). Čeprav smo s programi izmenjave igel v Sloveniji začeli relativno kmalu, imamo samo en tak program (Stigma). Bolje je razvita mreža metadonskih programov in je vanjo vključeno 97 uživalcev

na 100.000 prebivalcev starih med 16 in 60 let, vendar nas zaradi večje stopnje uživalcev uvršča med države z manjšo pokritostjo (Flaker in drugi, 2002: 232).

12.2 METADONSKI VZDRŽEVALNI PROGRAM

Za vključitev v ta program ni pogoj abstinenca. Vzdrževanje lahko poteka tudi z drugimi nadomestnimi sredstvi: kodein, laam (L-alfa-acetilmetadol), buprenorfin, naltrekson, klonidin.

Metadon je opioidna droga in se jo uporablja kot substitut za heroin. Osebe, vzdrževane na metadonu, lahko postanejo od njega fizično ter psihično odvisne. Prednost metadonskega vzdrževanja pa so vedenjske, medicinske, psihične in ekonomske posledice, ki pa so zelo različne in manj nevarne od posledic intravenoznega uživanja heroina.

Pri metadonskem vzdrževanju se odvisniku od heroina namesto heroina da metadon v oralni bazi enkrat na dan. Odvisnik mora priti vsak dan v metadonsko ordinacijo in tam vpričo zdravstvenega delavca spiti metadon, ki je pomešan s sokom. Problem tako lahko predstavlja, kadar je prebivališče odvisnika preveč oddaljeno od metadonskega centra. Odvisnik tudi težko usklajuje zaposlitev in obiskovanje metadonskega programa, saj mora iti po metadon vsak dan ob določeni uri na določeno mesto, v tem času pa mora biti tudi v službi. Kljub temu pa si uživalci z vključitvijo v metadonski program na nek način uredijo svoje življenje: metadon uživajo brezplačno, legalno in kontrolirano.

Prvenstveni cilji metadonskih vzdrževalnih programov so:

- *takojšnje zmanjšanje rabe drog;*
- *izboljšanje zdravstvenega stanja ter manjše tveganje okužb, predvsem s HIV in hepatitisom;*
- *osebna rast vzdrževancev;*
- *socialno produktivnejše življenje, npr. nadaljevanje šolanja in zaposlitev;*
- *zmanjšanje smrtnosti zaradi prekomernih odmerkov;*
- *zmanjšanje kriminalnega vedenja in drugih negativnih družbenih posledic, npr. seksualnega dela (prostitucije)*
- *trajna treznost kot končni cilj«*
(Auer, 2001:112)

Metadonski programi so uspešni pri zmanjšanju uporabe ilegalnih drog, zmanjševanju kriminala ter omogočajo kvalitetnejšo socialno funkcioniranje, hkrati pa zmanjšujejo tveganje širjenja virusa HIV ter hepatitisa.

Vladimir Kušević meni, da vzdrževanje na metadonu ni rešitev za vse primere. Je samo najboljša rešitev v pomanjkanju najboljše rešitve. Zato je pomembno, da se zavedamo, da ni najboljše metode zdravljenja, da ni najboljšega programa, je samo najboljša metoda, program za posamezni primer. To je tudi bistvo multimodalitetnega koncepta, ki pa hkrati pomeni tudi to, da je pomembno da odvisniku ponudimo več od ene same metode, oblike zdravljenja, rehabilitacije in socialne reintegracije, ki so povezane v edinstveni koordinirani sistem (glej Kušević, 1987: 287-306).

12.3 TERENSKO DELO Z UŽIVALCI DROG

V letu 1996 se je v okviru skupne strategije zmanjševanja škode glede uživanja drog ter širjenja aidsa, pričelo intenzivno razvijati terensko delo, z namenom pomagati injicirajočim uživalcem drog.

Terensko delo je predvsem namenjeno tistim, ki jih obstoječe službe težko, ali sploh ne morejo doseči.

Dušan Nolimal (1999: 293) pojasni, da je cilj terenskega dela uvajanje zdravega, ali bolj varnega načina vedenja, in sicer na tri načine: s povečanjem zavedanja o tveganju za zdravje; s spodbujanjem k spremembam, ki pomenijo odmik od tveganega vedenja ter z ohranjanjem pozitivnih sprememb vedenja.

Dušan Nolimal (prav tam: 1999: 294-295) navede glavne vrste terenskega dela:

1. detaširano oz. poulično (se izvaja npr. na ulicah, v barih, kavarnah, klubih, varnih sobah, železniških postajah...);
2. domiciliarno oz. na domu (se izvaja na domovih ciljnega prebivalstva, z rednimi obiski pri že znanih uživalcih, lahko pa tudi z obiski na domovih razpečevalcev drog);
3. peripatetično (se izvaja v službah, katerih delo je usmerjeno k skupnosti ali v organizacijah, kot so npr. zapori, mladinski domovi, servisi za izmenjavo igel, šole...);
4. terensko delo, usmerjeno k vrstnikom (peer education), je posebna oblika terenskega dela, ki ga izvajajo posamezniki ter posameznice v svojih lastnih vrstniških skupinah in socialnih mrežah.

Jože Hren (1999: 304) med najpomembnejše cilje terenskega dela navede:

- Omejevanje širjenja virusa HIV;
- Razvijanje zaupanja med uživalci in ponudniki pomoči, terenski delavci nudijo ustrezno svetovalno pomoč ter skrbijo za povezavo z ostalimi službami pomoči;
- Zamenjava sterilnega pribora za injiciranje in razdeljevanje gradiva o varnem injiciranju, varnejši spolnosti, virusu HIV ter hepatitisu, pisne informacije o možnih oblikah institucionalne pomoči (vse to gradivo se deli brezplačno);
- Svetovanje pri zdravstvenih ter socialnih težavah.

12.4 SKUPINE ZA SAMOPOMOČ

Vsaka skupina za samopomoč je edinstvena in v njej veljajo interna pravila, po katerih se razlikuje od ostalih skupin.

Skupne značilnosti samopomočnih skupin:

- majhne skupine
- usmerjenost na problem
- enakopravnost članov
- skupen cilj
- skupinsko delovanje
- vodilno pravilo pomagati drug drugemu
- vodja je enak članom, le da skrbi za koordinacijo
- temeljijo na osebni angažiranosti
- vsak član je osebno odgovoren za svoje delo

(glej Lamovec, 1998: 103-105)

»Samodejna oblika povezave dveh ali več (do kakih 30) ljudi s podobno socialno, medčloveško odnosno, duševno ali zdravstveno težavo ali potrebo, v pravno neformalno organizirano skupino, z delovnim programom za reševanje te stiske ali zadovoljevanje potrebe. Skupine za samopomoč so sodobna, industrijsko-poindustrijska oblika temeljnega socialno imunskega vzgiba človeške samopomoči. Glavna metoda je izmenjava osebnih izkušenj v doživljanju stiske in o reševanju težave oziroma zadovoljevanju potrebe, zaradi katere je skupina zbrana« (Ramovž, 2001: 46).

»Naglo širjenje skupin za samopomoč v svetu je izraz socialne imunske odpornosti človeka pri odzivanju na potrebe in stiske v spremenjenih življenjskih razmerah, odziv na krizo družine in temeljnih človeških skupin v posttradicionalnem času, deloma tudi odgovor na nemoč hiperspecializiranih in zbirokratiziranih strok za pomoč ljudem« (Ramovž, 2001: 46).

Vključitev v skupino za samopomoč za posameznika pomeni olajšanje ter razbremenitev, spletejo se prijateljstva, izmenjujejo se izkušnje in nasveti, rešujejo ter preprečujejo se težave in stiske. Skupina za samopomoč omogoča delo na sebi in nudi podporo pri osebni rasti, kar vodi v pozitivne spremembe.

13 POTREBE IN ŽELJE ODVISNIKOV IN ODVISNIC OD NEDOVOLJENIH DROG

Izstop iz običajnega okolja zahteva torej tudi službe, ki bi omogočale ponoven vstop: *»V Sloveniji bi lahko poskrbeli za komune. Problem je le v tem, da se v komuni rešiš droge, ko pa prideš ven, nimaš kaj počet. Znova je tu brezvoljnost, naveličanost in to vodi nazaj na staro pot. Torej bi bilo treba poskrbet za samo življenje po zapustitvi komune. Dat smisel življenju, povezati socialne in zdravstvene službe.«* Uživanci potrebujejo nekaj, kar bi zapolnilo praznino in zagotovilo podporo pri abstiniranju: *»Potem manjka tudi program po zaključku zdravljenja, da se privajaš na svoje domače okolje, da zafunkcioniraš normalno. Poleg tega pa še nekaj, kar bi te potem celo življenje spremljalo, da bi lahko hodil tja.«* Dostikrat so programi za reintegracijo floskula, ker si ljudje ne predstavljajo, kaj naj bi zares pomenili, pa tudi malo jih je. Zato je primerno konkretna tale izjava: *»Pogrešam spremembe, ukvarjanje po zdravljenju, medicinsko, socialno in psihiatrično - ozdravljenca je treba zaposlit, vključiti v življenje: javna dela - hiša s potenciali in pomoč, terapevtske skupine - po zdravljenju.«* (glej Flaker, 2002b: 234).

Vilma Kersnik (2006a) navede ugotovljene potrebe zdravljenih odvisnikov: *»(O)zdravljeni odvisniki so se po povratku iz različnih programov zdravljenja, terapevtskih skupnosti in komun znašli pred dejstvom, da se sami ne morejo uspešno reintegrirati v svoje domače okolje. Izkušnje iz reintegracijskega dela programa zdravljenja odvisnosti so jim sicer v tem okolju, kjer so v času zdravljenja bivali dali odgovore na mnoga vprašanja. Uporabiti to znanje v resničnih, specifičnih pogojih domačega okolja pa ni bilo vedno mogoče. Poleg tega so se znova soočili s stigmo,*

šibko socialno mrežo in občutkom nizke samopodobe. Predvsem si želijo, da bi bili centri za reintegracijo v bližini njihovega bivanja in da za vključitev ne potrebujejo prispevati lastnih finančnih sredstev - dostopni vsem, ki jih potrebujejo.»

Veliko uživalcev in abstinentov je postavilo na prvo mesto potrebo po zaposlitvi, saj je zaposlitev praktična pomoč, ki dejansko omogoča vključitev v družbo. Zaposlitev je eden izmed pogojev vključevanja v normalno življenje: *»Najbolj bi potrebovali to, da bi se po zdravljenju lahko spet hitro vključili v življenje in dobili delo.«* Konkretno ideje so bile javna dela: *»Treba bi bilo razviti več javnih del.«* To je uveljavljena oblika, ki jo je mogoče uporabiti za ljudi v procesu rehabilitacije: *»Zelo pomembna se mi zdi funkcija zavoda za zaposlovanje, ki bi lahko ponudil zaposlitvene programe, javna dela za odvisnike.«* Izrazili so tudi potrebo po izobraževanju, ki bi nadoknadilo primanjkljaje in jim odprlo nove možnosti (Flaker, 2002b: 246).

Kakšne službe in strokovnjake bi si uživalci želeli in kakšnih nočejo (Flaker, 2002b: 251):

ŽELIJO SI:

večjo in pestrejšo ponudbo

fleksibilnost

tolerantnost, prijaznost

konkretno in praktično pomoč

angažiranje

poslušanje

spodbude, nove priložnosti

pomoč pri spoznavanju samega sebe

NOČEJO:

prisile pri izbiri storitev

togosti, preveč pravil

zajedljivosti

moraliziranja

sebičnih interesov (raziskovalnih)

predsodkov

Splošna ocena služb, ki so namenjene uživalcem in abstinentom, je precej kritična. Moti jih predvsem pomanjkanje raznoličnosti. Občutijo tudi pomanjkanje ustreznih odgovorov. Nezadovoljstvo in pomanjkanje nasploh pa je bolj občutno na periferiji kakor pa v urbanih centrih (prav tam: 175).

Uživalci in abstinenti si želijo v Sloveniji več komun in detoksikacijskih centrov. Želijo pa si tudi programe za reintegracijo, ki bi omogočili zdravljenim odvisnikom, da dobijo zaposlitev. Veliko želja je povezanih z zaposlovanjem, dokončanjem šolanja ter pridobivanjem izobrazbe. Izpostavili so tudi potrebo po boljših preventivnih akcijah, ki bi

dale ljudem verodostojne informacije. Veliko želja je usmerjenih tudi v zmanjševanje škode (dostopnost igel, prostori za varno uživanje...) (Flaker, 2002b: 252-254).

»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 pravi in ustrezna. V tem smislu je treba gledati na službe nizkega in visokega praga kot komplementarne, še zlasti pa kontinuirane, se pravi, da je mogoč prehod iz enih v druge« (Flaker in drugi, 1999: 390).

Strokovne službe bi morale zagotoviti takšno vrsto pomoči, ki jo uživalec želi, prav tako pa bi jo morale ponuditi v tistem času, ko jo je uživalec pripravljen sprejeti. Ljudje smo si med seboj različni in tudi uživalci drog se med seboj razlikujejo glede na naravo in trajanja uživanja drog, vrsto drog, glede lastne osebnosti im motivacije za zdravljenje, glede okolja, v katerem živijo ter v kolikšni meri jim bližnji nudijo oporo... Vse to je potrebno upoštevati pri izbiri programa in nudenju pomoči uživalcem od nedovoljenih drog.

Oblike pomoči, ki akceptirajo uživanje drog so močno povezane s politiko do drog, kar omogoča spremembe v odnosu družbe do uživalcev nedovoljenih drog in vodi v izboljšanje življenjskih razmer uživalca (npr. varne sobe, toleranca do prostorov za vbrizgavanje, zamenjava brizg in igel, metadonski vzdrževalni program, terensko delo z uživalci drog itd.)

Pomembno je, da je na voljo čim več različnih programov in možnost, da si posameznik sam izbere program, ki mu bo najbolj ustrejal in v katerem bo najbolj motiviran.

14 UKREPI IN PROGRAMI NA PODROČJU REINTEGRACIJE

Čedalje bolj prisotne težnje po krajšem zdravljenju večajo potrebo po ustrezni oskrbi po njem. Nevarnost ponovnega padca v odvisnost/zasvojenost obstaja vse življenje, predvsem ob življenjskih krizah. Abstinenca je dolgotrajen učni proces, uspeh pa je v veliki meri odvisen od ponovne vključitve v družbo. Pri odvisnikih od nedovoljenih drog je to še težje, saj pogosto nimajo zaključenega šolanja in težko najdejo službo, nimajo stanovanja ter drugih bivanjskih pogojev. Oskrba po zdravljenju oz. programi reintegracije predstavljajo pomembno oporno točko v prehodnem obdobju med življenjem »na sceni« ter izgradnjo novega življenjskega sloga (glej Auer, 2001: 134-135).

»Vzdrževanje treznosti pomeni celoten sklop zdravstvenih, psihoterapevtskih in socialnih ukrepov, prilagojenih posamezniku. Pri njeni strategiji je zelo pomembno poznati vzroke ponovnega uživanja« (Auer, 2001: 135).

Najpogostejši vzroki ponovnega uživanja (Marlatt v Auer, 2001: 135): huda nihanja razpoloženja, pomanjkanje socialnih spretnosti za premagovanje stresov, neobvladljiva impulzivnost, pretirani občutki krivde in sramu, občutki praznine oz. nesmiselnosti življenja, nižji nivo intelektualno-kognitivnega funkcioniranja, izrazito poželenje po drogah oz. podaljšan odtegnitveni sindrom, neurejene družinske razmere, pritiski okolja, nezaposlenost, psihiatrične sobolezni, posledice nepredelanih seksualnih in drugih travm otroštva, kronične telesne bolezni ali bolečine, posledice neustreznega zdravljenja in nezadostna oskrba po zdravljenju.

»Tretjina tistih, ki začnejo ponovno uživati droge, stori to prvi mesec po zdravljenju, dve tretjini pa po prvih 6-ih mesecih. Odrasli jih začnejo največkrat ponovno uživati zaradi negativnih razpoloženj in osebnih stisk, mladostniki zaradi pritiska vrstnikov« (Auer, 2001: 136-137).

Elementi zmanjševanja tveganja za ponovitev odvisnosti (M. Miller in T. Gorski v Auer, 2001: 137-138):

- redni posveti s strokovnjakom;
- sodelovanje v skupini samopomoči;
- vsakodnevna inventura preteklega dogajanja ter načrtovanje naprej, pri čemer je treba stremeti k napredku, ne k popolnosti;
- rekreacija in sproščanje;
- uravnotežen življenjski slog (npr. delovati v duhu nasprotnem odvisniškemu: narediti stvari, ki so v prvem trenutku neprijetne, a prinesejo zadovoljstvo kasneje);
- sprotno reševanje problemov;
- duhovni razvoj (npr. izgrajevanje pozitivne vere v prihodnost).

Pomemben element zmanjševanja tveganja za ponovitev odvisnosti je tudi vključitev v reintegracijski program. Zato je izredno pomembno, da zmanjšamo tveganja za ponovitev odvisnosti in izvedemo čimveč ukrepov in programov glede družbene reintegracije zdravljenih odvisnikov v samostojno življenje.

Ukrepi na področju reintegracije so zastavljeni tudi v *temeljnih načelih resolucije o nacionalnem programu na področju drog*¹². V okviru načela varovanja človekovih pravic je izpostavljena pravica do dostojne in strokovne obravnave ter pomoči in je ena temeljnih pravic vsakega človeka. Država je dolžna poskrbeti za ustavno zagotovljeno pravico do zdravstvenega varstva in socialne varnosti svojih državljanov in hkrati zmanjševati socialno izključenost posameznikov ali skupin prebivalstva. Izrekanje alternativnih kazni uporabnikom drog mora biti natančneje zakonsko oz. podzakonsko opredeljeno, prav tako tudi uvajanje alternativnih postopkov, ki bi nadomestili kazenskega. Izpostavljena je tudi enakopravna in korektna obravnava odvisnih v predkazenskem postopku, med sojenjem in prestajanjem kazni zapora. Vsi izvajalci različnih programov so dolžni varovati osebne podatke posameznika v skladu z ustavo, poklicno etiko in zakonom o varovanju osebnih podatkov. Načelo tudi zagotavlja enakopravno vključevanje uporabnikov drog, zdravljenecv in rehabilitiranih nekdanjih uporabnikov drog v vsakodnevno življenje. Pomeni tudi spremembo odnosa okolice do različnih programov zdravljenja in socialne obravnave odvisnih od drog in tudi spremembo odnosa do samih uporabnikov drog ter za lažjo dostopnost različnih programov za vse, ki jih potrebujejo. Načelo tudi zagotavlja enakopravno vključevanje odvisnikov v izobraževalni, socialni, zdravstveni sistem in sistem zaposlovanja (Zbirke državnega zbora RS – sprejeti akti, 2004).

V Sloveniji so se že začeli pozitivni premiki glede ukrepov in programov reintegracije. Leta 2007 bo v treh do štirih regijah začel potekati pilotski projekt na področju reintegracije. Projekt bo sproti vrednoten, ob zaključku pa bo opravljena še zunanja evalvacija. Po letu 2008/2009 naj bi projekt zaživel v vseh slovenskih pokrajinah. Izveden naj bi bil v sodelovanju med Uradom za droge pri MZ, vsemi zainteresiranimi LAS¹³ in Ministrstvom za delo, družino in socialne zadeve.

¹² Temeljna načela resolucije o nacionalnem programu na področju drog v Sloveniji izhajajo iz Ustave RS, zakonodaje, konvencij OZN, predpisov EU, določil Sveta Evrope in konkretnih ciljev, ki jih naša družba želi doseči v obdobju 2004–2009.

¹³ Temeljni cilji pri delu LAS naj bi bili zlasti: (1) povezovanje različnih akterjev na lokalni ravni; (2) priprava in izvedba raziskave oziroma analize stanja; (3) razvoj preventivnih programov (npr. izobraževalni programi v obliki predavanj in delavnic, spodbujanje prostočasnih dejavnosti, zagotavljanje celovite skrbi za mlade); (4) razvoj programov zmanjševanja škodljivih posledic rabe in zlorabe drog; (5) razvoj reintegracijskih in resocializacijskih programov itd. (Košir, 2005: 6).

V okviru pilotskega projekta bodo potekale 4 faze reintegracije (Urad RS za droge, 2006):

1. *Priprava na reintegracijo* (lahko kot zaključni del visokopražnega programa)
V sklopu pilotskega projekta bodo spremljali in vrednotili program, ki ga izvaja Društvo Križišče v Solkanu (Petr Böhm). Program lahko poteka tudi v tujini (Reto center), doma pa se dela s starši.
2. *Delovno-bivalni center (1 center na regijo)*
V sklopu pilotskega projekta bodo spremljali in vrednotili program, ki ga izvaja Center za odvisnosti Kranj oz. Fondacija Vincenca Drakslerja oz. LAS Kranj (Mile Hodnik).
3. *Dnevni center (3-4 centri na regijo)*
V sklopu pilotskega projekta bodo spremljali in vrednotili program, ki ga izvaja Zavod TIN Ljubljana, OE Maribor (Vilma Kersnik).
4. *Terensko delo (vsak LAS)*
Npr. formiranje pozitivnih socialnih mrež, solidarnost, prijateljstvo, prostovoljstvo - vrednote v lokalnem okolju. V sklopu pilotskega projekta bodo spremljali in vrednotili program, ki ga izvaja Društvo Srečanje iz Novega mesta (Toni Kočevar).

Mile Hodnik se ukvarja z razvojem delovno-reintegracijskega centra za Gorenjsko. Temeljna vizija projekta vzpostavitve delovno-reintegracijskega centra je ustvariti pogoje za pripravo odvisnika od drog za njegovo vključitev v družino ter socialno, družabno-vzgojno in delovno okolje. Mile Hodnik meni, da je potrebno vzpostaviti razmere v lokalnih skupnostih, ki bodo dopuščale razvoj procesov reintegracije v domačem okolju. Cilji projekta so sledeči: 1. razvoj modela ponudbe kvalitetne strokovne storitve socialne reintegracije posameznikov na področju Gorenjske, tako na lokalni, kot tudi na regionalni ravni; 2. vzpostavitev mreže možnih faktorjev pomoči v regijskem okolju in pri tem upoštevati vladne in nevladne resurse ter izkoristiti možnosti sodelovanja s strokovnjaki in ostalimi izkušenimi kadri, ki so razpoložljivi v lokalnem okolju; 3. cenovno približati storitev finančnim zmožnostim družin ali posameznikov ter vključiti zaposlitveni vidik itd. Reintegracijske aktivnosti bi bile porazdeljene na širšem območju Gorenjske (nizkopražni program na Jesenicah, dnevni center v Kranju in reintegracijski center v Trziču). V sklopu reintegracijskega centra naj bi delovala dva programa, in sicer delovno-zaposlitveni program in bivalno-terapevtska obravnava (glej Košir, 2005: 2).

Kako je pa z ukrepi in programi na Zavodu RS za zaposlovanje, ki bi bili na voljo le odvisnikom od drog in abstinentom? Takšnih programov na Zavodu RS za zaposlovanje trenutno ni, zato jih vključujejo v programe psihosocialne rehabilitacije in poklicne rehabilitacije. V preteklosti so sicer obstajali posebni programi za odvisnike, ki so jih skupaj pripravljali Zavod RS za zaposlovanje, zdravstvene službe in Ministrstvo za notranje zadeve, vendar so, zaradi premajhnih finančnih sredstev, ki jih je zagotavljal le zavod, z izvajanjem teh programov prenehali. Eden izmed takih programov je bil program Žarek, namenjen izključno populaciji brezposelnih odvisnikov, ki so že zaključili z zdravljenjem v terapevtskih skupnostih ali pa so se zdravili po metadonskem vzdrževalnem programu, in se je izvajal na Območni službi Zavoda RS za zaposlovanje Murska Sobota. Program je bil namenjen integraciji zdravljenih odvisnikov bodisi v bivše ali v novo socialno okolje. Mentorji so nudili posameznikom pomoč pri odkrivanju in razreševanju novih interesnih področij, udeleženci pa so imeli možnost, da si pridobijo praktična znanja za pisanje prošenj za delo ter za predstavitve pri potencialnih delodajalcih, pomoč pri navezovanju stikov s potencialnimi delodajalci, pravno svetovanje, posredovanje pri iskanju zaposlitve, strokovno pomoč in spremljanje po končanem programu. Kljub uspešnosti, zaradi finančnih težav teh programov ni več, zato sedaj te osebe vključujejo v programe, ki so na splošno namenjeni težje zaposljivim osebam (Trbanc in drugi, 2003: 31).

Eden izmed pozitivnih ukrepov na področju zaposlovanja (zdravljenih) odvisnikov od drog je nastanek Razvojnega partnerstva Feniks (dalje RP Feniks), ki je nastalo na osnovi pobude Equal¹⁴. Koordinator RP Feniks je Zavod VIR – preprečevanje odvisnosti in rehabilitacija uporabnikov drog. Ciljne skupine RP Feniks so neposredne in posredne. V neposredno se uvrščajo uporabniki programa in sicer; učenci, dijaki, študentje in mladi zaposleni ter starši uporabnikov, svojci in drugi. V posredni ciljni skupini so zajeli družbeno okolje, v katerem so; bivalno, izobraževalno, delovno, strokovno, politično in gospodarsko okolje. Zato je RP Feniks povabilo v partnerski odnos partnerje treh pomembnih sfer: stroko (Inštitut za varovanje zdravja, Zavod za zdravstveno varstvo, srednja šola, Policijska uprava),

¹⁴ Programska Pobuda Skupnosti /PPS EQUAL je del Evropskega Socialnega sklada. S pomočjo tega sklada Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve sofinancira PPS EQUAL 2004-2007 za Slovenijo. Program zagotavlja finančno podporo sodelovanju partnerjev iz različnih regij ali sektorjev, da bi prispevali k strategiji Evropske Unije za zagotavljanje boljših delovnih mest in da bi zagotovili možnost, da nikomur ne bo zavržen dostop do njih. Splošni cilj PPS EQUAL v Sloveniji je prispevati k razvoju celotne in usklajene strategije zaposlovanja in igrati pomembno vlogo pri razvoju človeških virov na svoj enkratni način – z iskanjem novih metod boja proti diskriminaciji in neenakosti na trgu dela, da bi dosegli dobrobit vseh ljudi, ki živijo v Sloveniji, in tako prispevali k vrednosti človeških virov vsakega posameznika (Zavod Vir, 2006).

politiko (Mestno občino Celje) in gospodarstvo (Pivovarno Laško in Unior Zreče). RP Feniks bo s partnerji razvilo skupne cilje za vseživljenjsko učenje in oblikovanje delovnih pristopov, ki bodo omogočili diskriminirani skupini enakost v okolju. Prav tako so na osnovi ciljev oblikovali akcije, s katerimi bomo dobili pričakovane rezultate. Slednji se nanašajo na večjo prepoznavnost problematike drog, večjo osveščenost glede pravic in dolžnosti ciljnih skupin, politično podporo in strateške spremembe, usmerjene strokovne aktivnosti ter vplive sprememb s področja delovne prilagodljivosti neenakim v družbi (Zavod Vir, 2006).

Pomembno vlogo pri družbeni reintegraciji (zdravljenih) odvisnikov igrajo tudi nekatere nevladne organizacije. V nekaterih nevladnih organizacijah, ki delujejo na področju odvisnosti od drog, nudijo odvisnikom od drog in abstinentom naslednje oblike pomoči na področju zaposlovanja: informacije o načinu iskanja zaposlitve, informacije o možnostih izobraževanja, igranje vlog iskanja zaposlitve, po potrebi spremljanje na center za socialno delo in na zavod za zaposlovanje, posredovanje pri delodajalcu, skupno načrtovanje urejanja določenih problemov v zvezi z zaposlitvijo, pomoč pri pisanju prošenj, zaposlovanje uporabnikov v okviru lastnega programa, pisanje priporočil uporabnikom na podlagi aktivnosti v programu (npr: prostovoljno delo v vrtcu, v azilu za pse itd.). Predstavniki nevladnih organizacij ocenjujejo, da je bil zelo ustrezen ukrep javnih del (ki je sedaj močno okrnjen), preko katerega so lahko v večji meri zaposlovali uporabnike v okviru svojih programov. Kot pomanjkljivost pa se v nevladnih organizacijah kaže to, da so običajno premalo seznanjene s programi in možnostmi za zaposlovanje ter premalo povezane z drugimi institucijami in delovnimi organizacijami (Trbanc in drugi, 2003: 32).

V nadaljevanju bom predstavila organizacije, kjer izvajajo programe reintegracije.

14.1 DRUŠTVO PROJEKT ČLOVEK

Društvo Projekt Človek (glej Društvo Projekt Človek, 2004) je humanitarna, neprofitna, strokovna organizacija za pomoč uživalcem drog in njihovim staršem. Program »Projekt Človek« je namenjen tistim, ki se odločijo prekiniti z vsemi psihoaktivnimi substancami in zmorejo doseči začetno abstinenco, potrebujejo pa pomoč pri vzdrževanju abstinence in spremembi načina življenja. Namen programa »Projekt Človek« je v preprečevanju in zniževanju socialnih stisk povezanih z uživanjem drog. Osnovni cilj, ki ga program zagovarja, je kvalitetno življenje brez drog in vključenost v družbo tako v smislu nadaljevanja šolanja in zaposlitve, kakor tudi v smislu družabnega življenja. V povprečju je

hkrati vključenih v program 70 zasvojenih oseb in 150 svojcev. Program poudarja vključenost celotne družine in obravnavo zasvojenosti v okolju, kjer se je le ta začela.

Društvo Projekt Človek izvaja tudi preventivne programe po šolah, pod okriljem Socialne zbornice pa organizirajo izobraževanja za delavce na področju dela z zasvojenimi. V programu so zaposleni strokovni delavci različnih profilov, kot tudi delavci, ki imajo izkušnjo premagane zasvojenosti.

Potrebno pa je izpostaviti, da v društvu Projektu Človek ne izvajajo samo visokopražne programe, temveč tudi nizkopražne, kot so: DIPO (program individualne pred-terapevtske pomoči za aktivne zasvojence), Alfa (program socialne rehabilitacije in pred-terapevtske pomoči za uporabnike metadonskega programa), Šola za starše (svetovanje staršem aktivnih zasvojenecv).

V društvu Projekt Človek torej izvajajo različne programe: 1. klasični program; 2. popoldansko – večerni program; 3. novi programi (»Info-tel«, »Alfa program«, »Absot«, »Intera«, »Replay«, »Šola za starše«, »Dipo«).

1. Klasični program »Projekt Človek« je namenjen tistim, ki zaradi zasvojenosti z drogami potrebujejo celostno obliko pomoči. Vključuje mlade, ki praviloma niso redno zaposleni, se ne šolajo in so izgubili večino družbe, ki se ne drogira. Program je organiziran po fazah. Začenja se v **Sprejemnem centru**, kjer so ključni motivacijski pogovori in priprave za vstop v Dnevni center. V **Dnevnem centru** se izvajajo delovne, športno-kulturne aktivnosti in terapevtske aktivnosti v obliki pogovorov in različnih skupin. Osnovni namen je vzdrževanje abstinence in vključenost celotne družine. V **Terapevtski skupnosti** je življenje organizirano tako, da uporabniki utrjujejo samostojnost, se učijo reševati probleme in preživljajo prosti čas na ustvarjalen način. Urnik je popestren z izleti v hribe, različnimi športnimi aktivnostmi in ustvarjalnimi delavnicami. Zaključni del programa je **Reintegracija**. Skupine in pogovori v tem delu programa so namenjeni težavam, ki se pojavljajo ob ponovni vključitvi v šolo, pri iskanju zaposlitve, v partnerstvu, družini in prijateljskih stikih. Poleg skupin poudarjajo aktivnosti pomembne za preživljanje prostega časa, samoiniciativnost pri organizaciji športnih in kulturnih aktivnostih ter biblioterapijo.

Center za reintegracijo je torej zaključna faza v klasičnem programu Projekt Človek. V tem delu programa se postavljajo temelji za aktivno življenje brez drog, kjer se vsak posameznik preizkuša v vsakodnevnih bolj ali manj stresnih situacijah. Bistvo programa je, da vsak posameznik v zunanjem okolju uveljavi svoje osebne in odnosne spremembe.

Glavni cilj programa za reintegracijo je pomoč uporabnikom programa pri vzdrževanju trajne abstinence in vključevanju v družbo.

Le to pa zajema:

- sprejemanje družbene odgovornosti, aktivno vključevanje v družbeno življenje (šolanje, zaposlitev),
- krepitev socialne pripadnosti družbenim skupinam z zdravim življenjskim slogom,
- učenje premagovanja stresnih situacij
- oblikovanje novih vlog v družini
- življenje v skladu z vrednotami, ki niso kompatibilne z zasvojenostjo

Pomen programa reintegracije je v tem, da mladi preverijo, v kolikšni meri so osvojili cilje predhodnih faz in v kolikšni meri uspejo spremembe realizirati v vsakodnevnem življenju. Poseben poudarek dajejo preventivi recidiva, saj se zavedajo, da je šele življenje izven terapevtskega programa pravi pokazatelj uspešne abstinence. Zaradi nevarnosti, da se zasvojenost s prepovedanimi drogami nadomesti s kakšno drugo obliko zasvojenosti, poudarjamo problem zlorabe alkohola, zdrav način življenja, vrednote, ki niso kompatibilne z zasvojenostjo, aktivno preživljanje prostega časa in razvijanje lastnih potencialov posameznika. Program reintegracije je od vseh programov klasičnega Projekta Človek najbolj individualno naravnan, saj se vsakdo sam odloči, kaj bo dal na prvo mesto in na kakšen način se bo začela njegova reintegracija v družbo. Niti delavci niti uporabniki si ne delajo utvar, da je z zaključkom programa konec vseh problemov. Učijo pa se, da so le ti del življenja in je potrebno k njim aktivno pristopati in jih reševati, ne pa bežati v omamo.

Program Centra za reintegracijo vključuje delovne, terapevtske, športne in kulturne aktivnosti. Uporabniki sledijo urniku programa v skladu s svojim individualnim urnikom. Urnik vsebuje terapevtske skupine, seminarje, trening socialnih veščin, tematske skupine, individualne pogovore, strukturo časa, evalvacije, družinska srečanja, biblioterapijo, delovne obveznosti, učenje, pisanje prošelj za zaposlitev, izvajanje drugih aktivnosti povezanih z iskanjem zaposlitve, športne in kulturno ustvarjalne aktivnosti. Program poteka približno 10 mesecev. Po uspešno opravljenem programu sledi zaključna slovesnost s podelitvijo diplom.

Center za reintegracijo deluje od 6-10 ur dnevno. Število aktivnosti v programu se zmanjšuje sorazmerno z večanjem obveznosti in odgovornosti v zunanjem okolju. Uporabniki programa reintegracije pomagajo pri delu v drugih programih Projekta Človek. Pomembno je predvsem, da svojo izkušnjo prenašajo na mlajše uporabnike, da jih motivirajo in jim predstavljajo zgled, da se je možno rešiti zasvojenosti in zaživeti življenje, ki ga živijo

vrstniki. Pomembno je tudi, da uporabniki ne objokujejo izgubljenega časa zaradi zasvojenosti, pač pa da delujejo v skladu z zastavljenimi cilji in sprejmejo tudi to, da bodo nekatere stvari v življenju dosegli morda nekoliko kasneje kot njihovi vrstniki.

V Centru za reintegracijo, tako kot v drugih fazah in centrih Projekta Človek izvajajo vzporedno terapijo za družine. Vzporedna terapija družin je v Centru za reintegracijo še posebej pomembna predvsem zato, ker se uporabniki vračajo nazaj v svoje družine in starši ponovno prevzemajo starševsko vlogo, ki so jo do neke mere tekom programa prevzeli terapevti. Vloga, ki jo prevzamejo fantje in dekleta, ko se vrnejo v domače okolje, je ključna za nadaljnjo socializacijo.

2. Popoldansko – večerni program je namenjen skupini starejših uživalcev drog z nizko stopnjo zasvojenosti, ki imajo za seboj že veliko negativnih izkušenj. Vključijo pa se lahko tudi tisti, ki so končali ali predčasno zapustili program komun in niso recidivirali oz. so imeli kvečjemu nekaj zdrsov. Poleg osnovnega **cilja** programa, ki je vzdrževanje in krepitev abstinence od vseh psihoaktivnih snovi, je cilj programa tudi, mladim nuditi pomoč pri iskanju ustrežnejšega načina spoprijemanja tako s krizo adolescence in odraščanja kot s krizo osamosvajanja od družine ter drugimi vsakodnevnimi stiskami. S pridobivanjem novih socialnih spretnosti se uporabniki programa učijo reševati probleme brez podpore droge in zadovoljevati svoje potrebe na socialno sprejemljiv način. Tako je poleg vsebin, ki so vezane na abstinenco uporabnik ves čas usmerjen tudi v osebno rast.

3. Novi programi

»Info-tel«: program informiranja, posvetovanja in motiviranja za uživalce drog in njihove družine po telefonu in e-mailu. Namenjen je uživalcem drog in njihovim svojcem, ki vsaj prve informacije najraje pridobivajo anonimno. Cilj programa je omogočiti populaciji uživalcev drog in njihovim svojcem anonimno informiranje, posvetovanje in motiviranje z iskanjem pomoči preko telefona.

»Alfa program«: podporni program za uporabnike metadonskih programov za doseganje abstinence. Namenjen je tistim, ki so vključeni v metadonski program in želijo prenehati z jemanjem droge, niso pa še dosegli popolne abstinence in znižujejo metadon. Cilj programa je podpora in motiviranje za doseganje abstinence od vseh psihoaktivnih snovi z možnostjo vključitve v abstinenčni program. Program nudi individualne pogovore, skupine in športne oz. kulturne aktivnosti ter informativna srečanja za starše in druge ključne bližnje osebe.

»Absot«: program pomoči k abstinenci za otroke in za druge zelo mlade uživalce drog. Program je namenjen otrokom in mlajšim uživalcem drog, ki uživajo predvsem marihuano in eksperimentirajo z drugimi drogami. Cilj programa je prenehanje z uporabo drog oziroma vsaj preprečevanje, da bi mladi uživalci drog zapadli v pravo zasvojenost. Program bolj kot terapijo poudarja vzgojo in socializacijo. Program je zastavljen v obliki individualnih pogovorov in družinskih srečanj.

»Intera«: program kratke individualne terapevtske pomoči abstinentom od drog po zaključenem programu Projekt Človek. Program je namenjen bivšim uporabnikom programov Projekt Človek in sicer tako tistim, ki so program zaključili v celoti ali pa so opravili vsaj znaten del programa in uspešno abstinirajo. Cilj programa je nudenje psihosocialne pomoči ob aktualnih življenjskih situacijah in stiskah. Program je zastavljen individualno in se prilagodi potrebam posameznikov.

»Replay«: program za recidiviste. Namenjen je recidivistom po zaključenih visokopražnih programih. Namenjen je tudi tistim, ki drogo vzamejo le enkrat in poiščejo pomoč preden bi se recidiv razvil. Cilj programa je pomoč za ponovno vzpostavitev abstinence, odkritje vzrokov za recidiv in njihova odprava (ali vsaj znižanje), po potrebi pa napotitev v drug ustrežnejše programe pomoči tako v okviru Projekta Človek kot v komune oziroma v nizkopražne programe za uporabnike, ki ne zmorejo abstinirati. Program je zamišljen v individualni »ambulantni« obliki, možna pa je tudi kratka stanovanjska stabilizacija in skupinska obravnava v okviru Dnevnega centra ali Terapevtske skupnosti.

»Šola za starše«: program (pred)terapevtske pomoči za starše otrok uživalcev drog (otroci, ki niso vključeni v programe Projekt Človek). Namenjen je staršem otrok - uživalcev drog, ki (še) niso vključeni v nobenega od programov Projekt Človek in tudi ne v kakšne druge oblike pomoči za uživalce drog. Pri otrocih je stanje glede uživanja drog zelo različno: od posamičnih poskusov, preko občasnega eksperimentiranja, do problematičnega uživanja drog in nazadnje do zasvojenosti. Cilj programa je nuditi staršem izobraževanje s področja in pomoč pri učenju učinkovitejših vzgojnih metod (glej Društvo Projekt Človek, 2004).

»DIPO«: je dolgi individualni program, kjer nudijo individualno predterapevtsko pomoč aktivnim odvisnikom.

14.2 ZAVOD PELIKAN - KARITAS

Slovenska Karitas je leta 1998 na pobudo Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve ustanovila Zavod Pelikan - Karitas. Ena izmed dejavnosti Zavoda Pelikan - Karitas je tudi Referat za pomoč odvisnim in njihovim svojcem . So nevladna organizacija in v svojih programih zagovarjajo visokopražni način zdravljenja oziroma socialnega urejanja, kar pomeni, da je namen njihovih programov dolgotrajna abstinenca. V Referatu za pomoč odvisnim različni strokovnjaki ponujajo programe pomoči odvisnim preko telefonskega svetovanja, individualnih razgovorov, dela z mladoletnimi uživalci drog, Celodnevna pripravljalnega centra za komuno, ter terapevtskih komun Skupnosti Srečanje, ki jih je v Sloveniji že šest (glej Zavod Pelikan – Karitas, 2005).

SKUPNOST SREČANJE

Slovenska Karitas je v letu 1992 začela s programom pomoči zasvojenim in njihovim svojcem v sodelovanju z italijanskim duhovnikom Don Pierinom Gelminijem, voditeljem Skupnosti Srečanje in Francetom Prelcem, prvim predstavnikom te skupnosti v Sloveniji. V Sloveniji je sedaj pet moških centrov oziroma komun: v Kostanjevici pri Novi Gorici, na Čadrgu nad Tolminom, Vremskem Britofu pri Divači, Sveti Trojici pri Lenartu ter Kobiljah v Prekmurju, ter ena ženska komuna na Razborju nad Sevnico.

Skupnost Srečanje je znana po svojih prizadevanjih za osvobajanje človeka od vsake zasvojenosti in ponovno vključitev prej zasvojenih v polnopravno ter odgovorno življenje. Skupnosti niso psihiatrični sanatoriji, zapori ali bolnišnice, ampak šola življenja, predlog življenja v širšem pomenu, ki zajema celega človeka v prizadevanju, da bi se mu povrnilo osebno ravnotežje.

Terapevtske skupnosti Srečanje delujejo na dveh osnovnih ugotovitvah:

1. Droga ni osnovni problem, resnični problem je človek, ki se ne zna in ne zmore pravilno orientirati. Današnji način življenja mlademu človeku ne daje jasnih usmeritev, jasnih norm, vrednot, ampak ga pušča brez osnov za lastno osebno zorenje. Skupnost pomaga odkriti samega sebe, nove navade in nove vrednote.
2. Resnično želijo pomagati in to tudi zmorejo tisti, ki so se rešili bremena drog in se osebno srečali z izkustvom ljubezni in odrešenja. Zato odgovornost za življenje, terapijo in delo v terapevtskih skupnostih nosijo ozdravljeni odvisniki.

Terapevtske skupnosti Srečanje so namenjene predvsem zdravljenju in rehabilitaciji uživalcem različnih strupenih in škodljivih snovi: drog, tablet, alkohola... Mnogokrat pomagajo tudi različnim bolnikom, zavrženim in odrinjenim na rob družbe, majhnim in užaljenim...

Vzporedno z življenjem in delom posameznika v skupnosti se doma in v sami skupnosti nudi pomoč tudi njihovim staršem, otrokom, partnerjem, sorodnikom, prijateljem... (glej Zavod Pelikan – Karitas, 2005).

Skupnost Srečanje je šola življenja, predlog življenja v širšem pomenu besede, ki zajema človeka na telesnem, duševnem in duhovnem področju bivanja. V skupnosti si mora vsak prizadevati, da bi našel osebno ravnotežje in skladnost s seboj, svojo družino, družbo ter tako našel samega sebe, nove vrednote, nov način reševanja stisk in problemov, izoblikoval novo samopodobo in odkril smisel svojega življenja (Horvat Žnidaršič, 2005: 160).

PROGRAM REINTEGRACIJE

Po zaključku triletnega programa terapevtske skupnosti Srečanje nudijo tudi pomoč pri vključevanju v družbo. Gre za utrjevanje navad in izkušenj, ki jih je posameznik pridobil v skupnosti in za preizkušanje naučenega v domačem okolju.

Skupaj z posameznikom in njegovo družino iščejo odgovore na vprašanja:

- oblikovanje novega, drugačnega odnosa do staršev in sorodnikov,
- partnerski odnos,
- ustvarjanje lastnega doma,
- iskanje nove-zdrave družbe,
- pomoč pri šolanju in iskanju stanovanja,
- iskanje zaposlitve,
- vključitev v delovne procese Skupnosti srečanje in Zavoda Pelikan Karitas-Referat za pomoč zasvojenim v katerih lahko svojo izkušnjo predajo naprej.

(Zavod Pelikan – Karitas, 2005).

14.3 UP – DRUŠTVO ZA POMOČ ZASVOJENCEM IN NJIHOVIM SVOJCEM

Program je namenjen reševanju problematike zasvojenosti v družini. Odvisnikom in njihovim svojcem nudijo popolne informacije, usmerjajo odvisnike v abstinenčne programe zdravljenja. Nudijo pomoč pri socialni rehabilitaciji in reintegraciji v življenje brez drog. Vse storitve, razen reintegracije in zdravljenja v terapevtski skupnosti, so za uporabnike brezplačne.

V društvu se izvajajo sledeče dejavnosti:

Individualna obravnava uporabnikov poteka vsak dan po predhodnem telefonskem ali osebnem dogovoru.

Terapevtska skupina za starše - svojce, ki imajo svojca na socialni rehabilitaciji.

Šola za svojce so strokovna predavanja na temo zasvojenosti

Starši staršem: Projekt Starši staršem so predavanja po OŠ, SŠ, CZSD, vojašnicah, zdravstvenih domovih, študentskih klubih, veroučnih skupinah...Namenjena so staršem, svojcem, učiteljem, socialnim delavcem in drugim

Preventiva in informacije: projekt namenjen osveščanju prebivalstva RS.

Podporna terapevtska skupina deluje od marca 2005 dalje. Namenjena je mlajšim osebam, ki preizkušajo psiho-aktivne snovi.

Klub je namenjen abstinentom, ki so uspešno zaključili program terapevtske skupnosti in program reintegracije Društva "UP".

Samopomočna skupina svojcev spremlja reševanje problematike od prvih soočenj z drogo, preko uvida v situacijo, načrta za rešitev problema, socialne rehabilitacije v enem od centrov terapevtske skupnosti Dianova International do vključitve v normalno življenje po vrnitvi iz tujine.

Terapevtska skupnost Dianova International; društvo se je leta 1994 povezalo z mednarodnim programom za socialno rehabilitacijo zasvojencev, takrat "Le Patriarche" / Engelmajer, danes terapevtska skupnost Dianova International. Do danes se je v tem

programu rehabilitiralo preko 520 slovenskih zasvojenecv. Če se zasvojenec, ki poišče pomoč na društvu "UP", odloči za socialno rehabilitacijo v tem programu, opravi Društvo "UP" tudi vse potrebno za sprejem: od dokumentacije do potrditve sprejemnega centra v eni od naslednjih držav: Italiji, Nemčiji, Portugalski in Belgiji, kamor posameznik vstopi na socialno rehabilitacijo. Društvo spremlja rehabilitacijo vsakega posameznika vse do vrnitve v domovino, ko se vključi v reintegracijski program (Up – Društvo za pomoč zasvojenecem in njihovim svojcem Slovenije, 2003).

Reintegracijski program je zadnja faza socialne rehabilitacije po programu DIANOVE INTERNATIONAL, ki za Slovence poteka v Ljubljani. Program je razdeljen na stanovanjski in nestanovanjski del: (1) stanovanjski del (4-6 mesecev), ki vključuje celodnevni program od ponedeljka do petka (uporabniki programa preživijo vikende doma z družino); (2) nestanovanjski del (do 5 mesecev), ki vključuje bivanje doma ali v najetem stanovanju ter redno zaposlitev ali šolanje. V prvi fazi (stanovanjski del) je čas strukturiran (delo : šolanje, šport : ustvarjalne aktivnosti, terapevtsko delo : prostovoljno delo). Cilji programa so: ponovna vključitev v družbo, vzdrževanje abstinence, preseganje stigmatizacije, nadaljevanje šolanja ali zaposlitev... Glavna pravila stanovanjskega dela so: abstenenca, prepoved nasilja in spolnih odnosov med uporabniki programa... Metode in tehnike dela so sledeče: individualno in skupinsko delo, seminarji, delavnice (glej Košir, 2005). Program reintegracije je torej s strukturiranim pristopom pomoč in opora uporabnikom pri vključevanju v vsakdanje življenje, uporabniki nadaljujejo šolanje oz. poiščejo zaposlitev... Program reintegracije v Sloveniji je namenjen osebam, ki so zaključile katerikoli abstinenčni program (Up – Društvo za pomoč zasvojenecem in njihovim svojcem Slovenije, 2003).

V vseh zgoraj navedenih programih (Društvo Up, Skupnost Srečanje in Projekt Človek) izvajajo reintegracijo samo kot zaključni del programa. Pomanjkljivost Zavoda Pelikan-Karitas je to, da v reintegracijski program vključujejo samo njihove uporabnike oz. nudijo pomoč pri vključevanju v družbo samo tistim, ki so uspešno zaključili triletni program terapevtske skupnosti Srečanje in ne katerikoli abstinenčni program. Za razliko od Skupnosti Srečanje in Društva Projekt Človek, pa društvo Up oz. Dianova International v njihov reintegracijski program sprejme osebe, ki so zaključile katerikoli abstinenčni program.

Potrebno je tudi izpostaviti, da reintegracija ne more biti uspešna, če se ne izvaja v okolju, v katerem posameznik živi. Torej pomanjkljivost zgoraj navedenih programov je, da skušajo reintegrirati tudi posameznike izven njihovih lokalnih okolij. Naprimer: program reintegracije Projekta Človek se izvaja v Ljubljani. Torej je v program reintegracije smiselno

vključiti samo nekoga iz Ljubljane oz. njene bližnje okolice. Če nekoga, ki je npr. iz Kopra skušamo reintegrirati v Ljubljani, nam to dolgoročno ne bo uspelo, saj ko bo posameznik prišel nazaj v svoje lokalno okolje, tam ne bo imel zaposlitve, dela ter podpore in kaj hitro se lahko zgodba odvisnosti od drog ponovi. Zelo pomembno je, da zdravljenega odvisnika v programu reintegracije naučimo znanj in spretnosti v resničnih ter specifičnih situacijah lokalnega okolja. Marginalizacijo zdravljeni odvisnik najbolj občuti v svojem lokalnem okolju in ravno tam jo je potrebno najprej preprečiti ter zdravljenemu odvisniku omogočiti, da postane enakovreden član lokalne skupnosti.

14.4 CENTER ZA ODVISNOSTI KRANJ

Center za odvisnosti Kranj, je dislocirana enota, ki deluje v okviru Centra za socialno delo Kranj. Osnovna dejavnost Centra za odvisnosti je delo z odvisniki in njihovimi družinami.

Program za pomoč, terapijo in socialno rehabilitacijo zasvojenih je namenjen: vsem uživalcem psihoaktivnih snovi in njihovim svojcem, ki se odločajo za informativne razgovore, vključitev v začetek obravnave; posameznikom, ki želijo skozi program vzpostaviti in vzdrževati abstinenco v domačem okolju; uporabnikom, ki so javno vključeni v pripravo visokopražnih programov izven tega programa ter uporabnikom, ki so vključeni v socialno integracijo ali reintegracijo.

Center za odvisnosti njihovim uporabnikom nudi:

1. prve stike, ki so lahko v obliki individualnih razgovorov ali svetovanja po telefonu;
2. neposredno delo z odvisnimi od drog in njihovimi družinskimi člani;
3. pomoč pri vzpostavitvi abstinence in drugačnega načina življenja v domačem okolju;
4. pripravo odvisnih od drog za vključevanje v terapevtske skupnosti in druge visokopražne programe;
5. pomoč pri integracijskih procesih in oblikovanje skupin za samopomoč;
6. preventivne dejavnosti, ki potekajo na osnovnih in srednjih šolah v obliki delavnic in predavanj.

V okviru Centra za odvisnosti deluje tudi pravno svetovanje, katerega se uporabniki programa poslužijo v smislu svetovanja v zvezi s postopki pred sodišči zaradi kaznivih dejanj, ki so jih uporabniki storili pred vključitvijo v visokoprazne programe in projekte (Center za odvisnosti Kranj, 2005).

V Centru za odvisnosti Kranj, pod vodstvom Mile Hodnika že pet let delujejo na področju reintegracije. V preteklosti so posredovali delo zdravljenim odvisnikom. Le-ti niso bili dolgo zaposleni, saj niso imeli delovnih navad, dobili so finančna sredstva in kmalu so spet zapadli v svet droge. Zato so na Centru za odvisnosti Kranj ugotovili, da je za zdravljene odvisnike nujno potrebna delovna terapija. To je faza, ki je izredno pomembna pri reintegraciji v socialno skupnost. S pomočjo delovne terapije, ki bo potekala tudi v okviru delovno-reintegracijskega centra, si zdravljeni odvisniki poleg delovnih navad pridobijo tudi občutek, da so koristni sebi in drugim.

Program javnih del izvajajo od leta 2001 dalje in je namenjen nezaposlenim zdravljenim odvisnikom ter urejenim uporabnikom v metadonskem programu. Cilji programa za zaposlene preko javnih del so: vzpostavitev aktivnega odnosa do zaposlitve, pridobivanje delovnih navad preko socialnega učenja, ohranitev delovnih navad, sprememba načina življenja ter lažja reintegracija v družbo. Na tej podlagi so dosegli manjšo izključenost rizične populacije v družbi, zmanjševanje problematike brezposelnih odvisnikov. Na ta način želijo pri vključenih odvisnikih eliminirati rizični faktor nezaposlenosti, ki je osnova za ohranitev trajne abstinence, saj je zelo pomembno, da odvisniku po prihodu iz viskopražnega programa, skrajšajo čas do nove zaposlitve. Pri izvajanju programa so se povezovali s svetovalci Zavoda za zaposlovanje Kranj (Center za odvisnosti Kranj, 2005).

Zdravljeni odvisniki so poleg javnih del, lahko vključeni tudi v individualno-skupinsko obravnavo ter lahko pomagajo kot izkustveni svetovalci, ko gre za vključevanje uporabnikov programa v različne terapevtske skupnosti ali komune. Zdravljeni odvisniki sodelujejo tudi pri pripravi reintegracijskega programa.

Zdravljenim odvisnikom nudijo tudi pomoč pri izobraževanju in izpopolnjevanju. Če so zdravljeni odvisniki zaposleni preko javnih del ter se sočasno tudi šolajo, jim omogočijo tudi proste dni v času izpita ter jim po zmožnostih sofinancirajo tudi določeno vsoto denarja za opravljen izpit.

Pogoji za vključitev v reintegracijski program so: nezaposlenost, dokončan viskopražni program, želja po delu ter spremembi načina življenja.

14.5 PROGRAM NAPREJ ZMOREM SAM(A)

Program "Naprej zmorem sam/a" je program sekundarne preventive, reintegracijski program, namenjen uporabnikom prepovedanih drog, ki so bili ali so vključeni v obstoječe visoko ali nizkopražne programe zdravljenja odvisnikov. Je prvi in trenutno edini samostojni reintegracijski program v Sloveniji. Namenjen je uživalcem trdih drog, ki so že ali so bili vključeni v programe zdravljenja (npr. metadonskega, detoksikacije, dnevni centri...), po vrnitvi iz komune, ali so prenehali sami, izjemoma tudi uporabniki z drugimi težavami. Program je namenjen tudi tistim, ki niso več uživalci nedovoljenih drog ter vsem, ki se želijo hitreje in celostno reintegrirati v lokalno skupnost. Pogoji za vključitev v program so: starost od 15 do 30 let, prepoved uživanja nedovoljenih drog, upoštevanje pravil ter prostovoljna vključitev v program. Povprečno so uporabniki v program vključeni po tri ure dnevno. V tem času je zajeto tedensko skupinsko delo, individualno delo, kreativno delo in druženje (glej Center za socialno delo Ptuj in TIN Ljubljana, 2005).

Program ponuja večino elementov reintegracije (Kersnik, 2006a):

- 1. Socialna reintegracija** kot samostojni del procesa celostne obravnave uporabnika v svoji strukturi upošteva podporne sisteme javnosti, ki jih socialno okolje v katero se zdravljeni odvisnik vrača, realno ima. Hkrati uporabnika informira in animira za vstop v bivališču najbližji reintegracijski program. Doktrina dela temelji na naslednjih elementih pomoči: socialno delo s posameznikom in družino (potrebne oblike strokovne pomoči), samopomoči, samoorganizaciji, informiranju, podpori in družinski terapiji.
- 2. Rehabilitacija** je usmerjena na tiste dele reintegracije, ki se posledično navezujejo na škodo, ki je nastala v zvezi z uporabnikovim zdravjem zaradi odvisnosti in se je samo z abstinenco ne da omiliti oz. odpraviti.
- 3. Integracija** je namenjena tistim, ki so določeno življenjsko obdobje zaradi uživanja drog »zamudili« vzgojno - preventivno delo. Vzrok je pomanjkljiv in nedosleden način vzgojnih metod uporabnikovih staršev in osipništvo, saj je večina zdravljenih odvisnikov zapustila šolanje in/ali zbrala veliko število (ne)opravičenih izostankov od pouka. Uporabnike iz te skupine je potrebno najprej opremiti z elementarnimi veščinami in znanji, da se lahko vključijo v družbo.
- 4. Delovna rehabilitacija** je namenjena vsem, ki se morajo na novo priučiti delovnih navad in spretnosti. Omogočiti jim je potrebno možnost dela, kjer poleg tega, da se učijo delati, prevzemajo odgovornost in se s pomočjo programa reintegracije lažje povežejo z delodajalcem, ki jih kasneje zaposli.

5. Dnevni center, kjer si uporabnik lažje na novo oblikuje socialno mrežo, saj se lahko družijo z vrstniki, se učijo vzpostavljanja in ohranjanja dobrih odnosov, kvalitetno preživlja prosti čas in lažje pride do potrebnih informacij.

6. Stanovanjska skupina je namenjena vsem tistim, ki nimajo pogojev za bivanje, ko se vrnejo iz programov zdravljenja ali terapevtskih skupnosti/komun ali uporabnikom, ki so preveč oddaljeni od programa reintegracije, ki ga regija ima. Dolgoročno ne rešuje stanovanjskega problema uporabnika, je pa lahko učinkovit način, kako preprečiti recidiv zaradi stanovanjske stiske in dobra izkušnja učenja urejenega sobivanja.

Del tretmana je namenjen ciljni populaciji bivših odvisnikov, ki so zaradi zasvojenosti s prepovedanimi substancami izgubili status dijaka, študenta, zaposlene osebe in jim pomaga najti stik za nadaljevanje šolanja ali pomaga pri iskanju zaposlitve. Ker so zaradi svoje »kariere« odvisnika marginalizirani, sodijo v skupino najtežje zaposljivih in tudi tistih, ki se zelo težko vrnejo v šolske klopi, ker imajo s šolanjem predvsem negativne izkušnje. Program pomaga uporabniku pridobivati in utrjevati občutek lastne vrednosti. Uporabniku omogoči, da naredi individualen načrt dejavnosti, s prioriteta in povezavami akcij na različnih institucijah. Prav tako omogoča dobre povezave s svetovalno službo pri Zavodih RS za zaposlovanje, Centrov za socialno delo, institucij in društev, kjer so opravili detoksikacijo in tretma zdravljenja odvisnosti, zdravstvenimi domovi, obstoječimi oblikami izrednega in rednega izobraževanja in potencialnimi delodajalci iz storitvenega, gospodarskega in negospodarskega sektorja. Tako se zmanjšujejo ovire, ki so posledica marginalizacije in manjkov zaradi izključenosti iz javnega življenja lokalnega okolja, ki je posledica uživanja nedovoljenih substanc (glej Kersnik in Tonica, 2004: 134).

Program je oblikovan po principu dnevnega centra, dosegljivi pa so vsaki delavnik na sedežu v Mariboru. Program se izvaja tudi v Ljubljani (TIN Ljubljana) ter v Centru za socialno delo Ptuj. Metodi dela sta zlasti individualno in skupinsko delo ter tudi ostalo (kot npr. izobraževanje kadrov in prostovoljcev, sodelovanje z lokalno skupnostjo, evalvacija itd.). Podlage za nastanek programa "Naprej zmorem sam(a)" so bile zlasti zaznana potreb s strani uporabnikov, rezultati vrednotenja (evalvacije) različnih oblik zdravljenja, dobre tuje prakse, raziskave na nacionalni ravni, visoka stopnja brezposelnosti v Mariboru in okolici itd. (glej Košir, 2005).

Program posameznika krepi na socialnem, vedenjskem, ekonomskem, družbenem psihološkem ter fiziološkem področju (Kersnik, 2006b).

Osnovni cilj programa je zbrati in povezati tiste, ki so na obrobju zaradi etikete uživalcev prepovedanih drog in se želijo vključiti v družbo: skupaj z uporabniki najti njihove vire moči in jih krepiti, večati samozavest, najti motivacijo do nadaljevanja šolanja in iskanja zaposlitve, vključiti se v druge dejavnosti (iskanje interesov in smislov posameznikov ter oblik dejavnosti, v katere se želi vključiti), skrajšati čas reintegracije posameznika v lokalno okolje, promocija zdravih oblik življenja, zmanjšanje možnosti povratka k uživanju prepovedanih drog, vpliv na prebivalce lokalne skupnosti v zvezi z zmanjševanjem stigme, pomoč pri osamosvojitvi – odraščanju, individualen in celosten pristop (glej Center za socialno delo Ptuj in TIN Ljubljana, 2005).

Strategije dela z uporabnikom:

1. Individualno delo: iskanje lastnih resursov moči; individualni načrt aktivnosti; pomoč pri iskanju zaposlitve, stanovanja; animacija za motivacijo do ustreznega šolanja, iskanja zaposlitve; učna pomoč; skupno iskanje smisla in interesa posameznika; vključevanje uporabnika v lokalne, državne in mednarodne mreže pomoči.
2. Delo v skupini: promocija zdravih oblik življenja; iskanje alternativ za preživljanje prostega časa; vključevanje v vrstniško družbo; učenje samostojnosti, kompetentnosti, vplivnosti; socialno-kulturno delo; izkustvene delavnice; predavanja; projektno delo; interesne dejavnosti; učenje asertivnosti; učenje funkcionalnih znanj.
3. Spremljajoče dejavnosti: izobraževanje prostovoljcev, zmanjševanje posledic marginalizacije v lokalnem okolju, informacijski center s specifičnimi informacijami, izobraževanje staršev prek izkustvenih delavnic, pomoč pri oblikovanju skupine za samopomoč za starše, izboljšati sodelovanje med strokovnimi delavci za posamezna področja v lokalni skupnosti (TIN Ljubljana, 2005).

Metode, ki jih pri delu uporabljajo celostno obravnavajo posameznika, kar pomeni, da v celoti upoštevajo posameznikove potrebe, njegovo trenutno pozicijo in resurse moči. Uporabnik napravi individualen načrt s prioriteta in povezavami z relevantnimi strokovnjaki in institucijami, kar zagotavlja usklajen pristop pri urejanju posameznikovih eksistencialnih vprašanj. Gre za pomoč pri iskanju zaposlitve z upoštevanjem posameznikovega trenutnega znanja, zmožnosti in želja, zbiranje dokumentacije o že opravljenem šolanju, verifikacije morebitnih dodatnih znanj. Sodelujejo s strokovnimi delavci, ki pokrivajo področja težje zaposljivih, izobraževanja odraslih. Povežejo se tudi s svetovalci in terapevti v nevladnih in vladnih organizacijah, kamor se uporabniki vključijo ob morebitnem odkritju potrebe po posebni terapiji. Ključni metodi sta torej individualno in

skupinsko delo. Pri individualnem delu uporabljajo: izdelavo osebnega načrta in spremljanje, svetovanje, edukativno svetovanje, učno pomoč, spremljanje, informiranje ... Skupinsko delo vključuje: rekreacijo (jogo, telovadbo v zaprtem prostoru, sprehode, tek, kolesarjenje, pohode in druge športne aktivnosti), socialno kulturno delo (projekti, ki so kulturno in socialno obarvani), umetniško kulturne delavnice (izdelovanje nakita, mask, izdelkov iz lesa, risanje, barvanje ...), izkustvene delavnice (izkustveno učenje z določeno tematiko, ki dviguje pri uporabniku stopnjo asertivnosti, izboljšujejo samopodobo, dvigujejo raven splošne razgledanosti ...), funkcionalno opismenjevanje itd. Udeleženci programa s tem krepijo svojo samopodobo, šibko socialno mrežo, utrjujejo vedenja, ki niso manipulativna, spoznavajo zdrav življenjski slog preko edukativnega svetovanja, sodelovanja v delavnicah, ki temeljijo na socialnem-kulturnem delu, projektnem učenju, biblioterapiji, transakcijski analizi, realitetni terapiji in sistemsko-relacijski terapiji. Individualno delo, ki zajema svetovanje, individualni načrt in učno pomoč obsega približno 70% celotnega programa, preostalih 30% je namenjeno skupinskemu delu (Kersnik, 2006b).

Program odpravlja odvisnost od institucij, spodbuja lastno odgovornost in animira k sodelovanju v skrbi za lastno zdravje. Je nadgradnja, saj nima za svoj cilj samo najti zaposlite za uporabnika ali ga vrniti v šolo. Utrjuje ga tudi na vseh ostalih nivojih, kjer se je zaradi odvisnosti izgubil in postal marginaliziran (glej Kersnik in Tonica, 2004: 134).

Velika prednost programa reintegracije Naprej zmorem sam/a ter Centra za odvisnosti Kranj je izvajanje reintegracije v lokalni skupnosti, v kateri posameznik živi. Posameznika obravnavajo celostno ter prav tako omogočajo njegovo celostno reintegracijo v lokalno skupnost. Programa sta namenjena osebam, ki so zaključile katerikoli abstinenčni program.

Pomembno pri pripravi reintegracijskega programa Centra za odvisnosti Kranj je tudi to, da pri oblikovanju le-tega sodelujejo tudi zdravljeni odvisniki. Program je namenjen njim in je vsekakor potrebno upoštevati njihove potrebe in želje.

Program Naprej zmorem sam/a je torej edini samostojni program v Sloveniji in pokriva področje Ljubljane, Maribora in Ptuja. Tudi Gorenjci so na dobri poti, da bodo dobili svoj reintegracijski center. Obstoje in razvoj reintegracijskih programov pa je v veliki meri odvisen tudi od finančnih sredstev. Zato upam, da bodo državni predstavniki spoznali, da so reintegracijski programi v Sloveniji nujno potrebni in, da je potrebno nameniti dovolj finančnih sredstev za njihovo ustanovitev ter njihov nadaljnji kvaliteten razvoj. Pri tem je tudi pomembno, da so ti programi finančno dostopni vsem, ki bi se v program želeli vključiti. Torej, da se pri vključitvi (zdravljenih) odvisnikov upoštevajo njihove finančne zmožnosti in

se tistim, ki imajo premalo finančnih sredstev, zagotovi brezplačen vstop v program.

Pri razvoju reintegracijskih programov pa ne smemo pozabiti tudi na ostala področja Slovenije. Potrebno je razviti čim bolj razvejano mrežo reintegracijskih programov, ki bodo omogočili (zdravljenim) odvisnikom ponovno vključitev v lokalno skupnost in družbo.

15 ZAKLJUČEK

Odvisniki od nedovoljenih drog so zaradi predsodkov in stereotipov, ki se nanje vežejo, pogosto stigmatizirani v naši družbi. Odvisnikom od nedovoljenih drog se tako pripisuje vrsto negativnih lastnosti, kot so npr. odklonskost, nemoralno obnašanje. Zaradi svojega načina življenja imajo (zdravljeni) odvisniki od nedovoljenih drog opravka z različnimi službami (policija, zdravstvo, sociala) in zaradi tega se jih zelo rado postavlja v različne družbene vloge (vloga kriminalca, bolnika, pacienta, socialnega primera itn.), kar jim v veliki meri zaznamuje življenje. Tako (zdravljeni) odvisniki postanejo stigmatizirani, kar se kaže na različne načine: ljudje se jih izogibajo, jih zavračajo, ponižujejo, obsojajo, izobčijo, diskriminirajo, nad njimi izvajajo nasilje...Pri tem gre za diskriminacijo na formalni ravni (imajo težave pri iskanju zaposlitve in izobraževanju, pridobivanju stanovanja in vozniškega dovoljenja...), kot tudi na neformalni ravni (družinska drama, izguba stikov z vrstniki, ...).

Ko zdravljeni odvisnik zaključi z zdravljenjem (npr. v komuni) in se vrne domov, pri tem naleti na številne težave: v staro socialno mrežo se ne more več vključiti, če želi živeti brez droge, hkrati pa potrebuje čas za prilagoditev, da se spet znajde in ustali v svojem okolju. Po vrnitvi iz komune je zdravljeni odvisnik izpostavljen mnogim skušnjavam ter pritiskom. Pogosto se počuti zgubljenega in nemočnega, saj dolgo časa ni bil v stiku z domačim okoljem in družino. V komuni je bil posameznik izoliran od drog, navajen stroge strukture in rutine, kar se po vrnitvi domov razblini. Nekdanji odvisnik je tako po dolgem času zopet prepuščen samemu sebi, soočen s kruto realnostjo, kar pa ga lahko pripelje do čustvene zmede, frustracij in v končni fazi na stara življenjska pota.

Zato je za zdravljene odvisnike po nekajletni odsotnosti iz domačega okolja izredno pomembna hitra ponovna vključitev oz. reintegracija. V program reintegracije morajo biti vključeni čim prej, saj je stres ob vrnitvi domov ponavadi zelo velik. Okolje se dostikrat z velikim dvomom odziva na prve poizkuse uveljavljanja zdravljenih odvisnikov. Le-ti morajo prepričati svojo ožjo in širšo okolico, da niso več odvisni od drog ter da so pripravljeni na samostojno življenje.

V čem je smisel, da nekoga pošljemo v komuno, če po vrnitvi nazaj ni ustreznih programov, ki bi posamezniku pomagali pri reintegraciji v lokalno okolje? Če želimo zagotoviti pozitiven rezultat na dolgi rok, torej ni dovolj samo vključitev v komuno ali terapevtsko skupnost, ampak je pomembna tudi pomoč posamezniku, da se po vrnitvi iz komune oz. terapevtske skupnosti ponovno vključi v družbo s pomočjo reintegracijskih

programov. Kar pomeni, da si zdravljeni odvisnik najde delo, zagotovi prebivališče ter razvije potrebne družbene spretnosti, s katerimi se lahko spopade in prepreči ponovitev težav. Pomoč v reintegracijskih programih bi morala biti usmerjena v pogovor, svetovanje, med drugim pa ne smemo izključiti praktične pomoči, kot je pomoč pri iskanju zaposlitve, omogočanje izobraževanja, izpopolnjevanja itn. Praktična pomoč je tista, ki dejansko omogoči ponovno vključitev oz. reintegracijo v družbo.

V Sloveniji so se že začeli pozitivni premiki glede ukrepov in programov reintegracije. Vendar programi reintegracije odvisnikov od nedovoljenih drog in abstinentov še niso razviti v zadostni meri in jih je še vedno premalo. Zelo pomembno je, da zdravljenega odvisnika v programu reintegracije naučimo znanj in spretnosti v resničnih ter specifičnih situacijah lokalnega okolja. Marginalizacijo zdravljeni odvisnik najbolj občuti v svojem lokalnem okolju in ravno tam jo je potrebno najprej preprečiti ter zdravljenemu odvisniku omogočiti, da postane enakovreden član lokalne skupnosti. Pri tem je potrebno znotraj lokalnih skupnosti vzpostaviti razmere, ki bodo omogočale reintegracijo posameznikov in posameznic v lokalno okolje. Bistvenega pomena je, da tudi sama lokalna skupnost sodeluje pri nastajanju in razvijanju reintegracijskih programov.

Zastavljene hipoteze sem preverila in jih lahko z gotovostjo potrdim. Prišla sem do spoznanja, da so v Sloveniji nujno potrebni ukrepi in programi, ki bodo omogočili družbeno reintegracijo odvisnikov in odvisnic od nedovoljenih drog. Pri tem je pomembno izvajanje reintegracije v lokalni skupnosti, v kateri posameznik živi. (Zdravljenega) odvisnika je potrebno obravnavati celostno ter omogočiti njegovo celostno reintegracijo v lokalno skupnost. Prav tako je potrebno razviti čim bolj razvejano mrežo reintegracijskih programov, ki bodo omogočili (zdravljenim) odvisnikom ponovno vključitev v lokalno skupnost in družbo.

Pomembno vlogo pri družbeni reintegraciji odvisnikov igrajo tudi programi in ukrepi zmanjševanja škode, ki vključujejo konkretne pomoči pri zdravstveni, materialni in socialni stiski posameznikov (razdeljevanje igel, omogočanje prostorov za vbizgavanje, pravno pomoč in svetovanje, ponudbo prostočasnih dejavnosti, pomoč pri reševanju stanovanjskega vprašanja, omogočanje zaposlitve itn.). Oblike pomoči, ki akceptirajo uživanje drog nudijo pomoč za samopomoč ter spodbujajo procese družbene reintegracije odvisnikov in odvisnic od nedovoljenih drog.

Droge in uživanje le-teh nikoli ne bomo mogli izkoreniniti. Lahko pa z ustrezno preventivo težimo k temu, da bi se z drogo srečalo čim manj ljudi, če pa se že, pa bi jim morali omogočiti dostop do različnih programov (tako visokopražnih kot tudi nizkopražnih).

Na visokopražne ter nizkopražne programe ne moremo gledati kot na bolj ali manj učinkovite oz. pomembne. Ti programi se med seboj dopolnjujejo, hkrati pa bi morali posameznikom omogočiti prehajanje med različnimi programi. Visokopražni ter nizkopražni programi med seboj ne bi smeli tekmovati, ampak sodelovati ter se dopolnjevati. Različni ljudje potrebujejo različne oblike pomoči. Noben program ne ukinja potrebe po obstoju drugega programa, zato jih je potrebno dojemati kot dopolnilne in komplementarne. Učinkovita je lahko le celostna ter interdisciplinarna obravnava (zdravljenih) odvisnikov od nedovoljenih drog. Zato je tudi pomembno omogočiti enakopravno sodelovanje različnih strok ter sodelovanje med službami, sektorji in samimi odvisniki od drog. Pomemben je torej celostni pristop soočanja z uživanjem drog, ki vključuje sodelovanje širše strokovne, politične javnosti in civilne družbe.

16 LITERATURA IN VIRI

16.1 LITERATURA

Auer, Vladimir (2001): Droge in odvisnost. Ibidem, Ormož.

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

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

Božič, Dare (1991): »E. Goffman: Stigma – zapiski o upravljanju poškodovane identitete (prikaz)«. V: Časopis za kritiko znanosti, 19, 138-139, str. 137-154.

Bratovš, Greta (2004): »Krepitev občutka lastne vrednosti kot ključnega dejavnika za preprečevanje revščine in socialne izključenosti«. V: Jože Gornik (ur.): Zbornik 1. posveta na temo revščina in socialna izključenost oziroma vključenost. Urad RS za mladino in Mladinski svet Slovenije, Ljubljana, str. 59-62.

Cvahte, Bojana (2004): »Realnost človeških stisk v pobudah varuhu človekovih pravic«. V: Jože Gornik (ur.): Zbornik 1. posveta na temo revščina in socialna izključenost oziroma vključenost. Urad RS za mladino in Mladinski svet Slovenije, Ljubljana, str. 111-115.

Drofenik, Leja (2002): Hendikep in delo. Diplomsko delo. FDV, Ljubljana.

Ferlan Istinič, Marjeta (2005): »Komune niso zlo za odvisnike«. V: Milka Pance (ur.): Odmevi, april 2005, 9. Urad vlade RS za droge, Ljubljana, str.30.

Flaker, Vito (1999a): »Družbena konstrukcija kariere uživalca drog«. Socialno delo, 38, 4-6, str. 211-240.

Flaker, Vito (2000): »Delo in stigma: socialna posledica uživanja heroina«. Odvisnosti, 1, 1-2, str. 44-53.

Flaker, Vito, Vera Grebenc, Nino Rode, Janko Belin, Dragica Fojan, Alenka Grošičar, Ilonka Feher, Mateja Šantelj, Andrej Kastelic, Darja Zupančič, Zlato Merdanović (1999b): »Podobe uživanja heroína v Sloveniji z vidika zmanjševanja škode: preliminarno poročilo o raziskavi«. Socialno delo, 38, 4-6, str. 341-393.

Flaker, Vito (2002a): Živeti s heroinom I. Založba Cf, Ljubljana.

Flaker, Vito (2002b): Živeti s heroinom II. Založba Cf, Ljubljana.

Flaker, Vito, Vera Grebenc, Nino Rode, Dragica Fojan, Janko Belin, Andrej Kastelic, Mojca Vodlan, Theo van Dam (2002c): Skupnostni pristop k zmanjševanju škode povezane z uživanjem drog: raziskovalno poročilo. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, Ljubljana.

Flaker, Vito, Vera Grebenc, Ines Kvaternik Jenko, Borut Bah (2006): Ocena potreb in načrtovanje odgovorov po novih programih pomoči za uživalce drog v Republiki Sloveniji: končno poročilo. Fakulteta za socialno delo, Center za študije drog in drugih zasvojenosti, Ljubljana.

Gofman, Ervin (1963): Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Prentice-Hall, New Jersey.

Grebenc, Vera (2003): Zmanjševanje socialne škode povezane z uživanjem drog in iskanje odgovorov v skupnosti. Magistrsko delo. FDV, Ljubljana.

Gržan, Karel (1999): V svetu omame: droga na Slovenskem. Družina, Ljubljana.

Gržan, Karel (2004): Kako biti – vzgajati, da bi otrok laže rekel drogam: ne! staršem. Zavod za zdravstveno varstvo, Murska Sobota.

Haralambos, Michael, Martin, Holborn (1999): Sociologija: teme in pogledi. Državna založba Slovenije, Ljubljana.

Herwig-Lempp, J., H. Stover (1992): »Socialno delo, ki akceptira uživanje drog«. Iskanja, 8, 12, str. 73-96.

Horvat Žnidaršič, Zvone (2005): »Skupnost Srečanje – šola življenja«. V: Bogdan Lešnik (ur.): 2. kongres socialnega dela: tradicije prelomi vizije: zbornik abstraktov. Fakulteta za socialno delo, Ljubljana, str.160.

Hren, Jože (1999): »Terensko delo«. Socialno delo, 38, 4-6, str. 299-305.

Hren, Jože (2000): Droge – in kaj potem!?: Analiza diskurzov o drogah. Diplomsko delo. FDV, Ljubljana.

Kastelic, Andrej, Marija Mikulan (2004): Mladostnik in droga : priročnik za starše in učitelje. Prohealth, Ljubljana.

Johnson, Alan G. (2000): The Blackwell Dictionary of Sociology, second edition. Blackwell Publishers, Oxford.

Kersnik, Vilma, Vladka Tonica (2004): »Slovenia«. V: Sissel Berglien, Siri Young, Øyvind Grov (ur.): Handbook Dropouts Back on the Track. Vennesla videregående skole, str. 132-135.

Kersnik, Vilma (2005): »Reintegracijski program: Naprej zmorem sam«. V: Milka Pance (ur.): Odmevi, januar 2005, 8. Urad vlade RS za droge, Ljubljana, str.34.

Košir, Matej (ur.) (2001): Imam težave z drogami! : kam po informacije in pomoč? : vodič po več kot 100 programih. Urad Vlade RS za droge, Ljubljana.

Košir, Matej (ur.) (2005): Zbornik 7. nacionalne konference lokalnih akcijskih skupin (LAS), Novo mesto, 3. november 2004. Ministrstvo za zdravje, Urad za droge, Ljubljana.

Košir, Matej (2006): »Regijski koordinatorji«. Odmevi, februar, 10, str. 15.

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

Kušević, Vladimir (1990): Zloupotreba droga. Republički sekretarijat za unutrašnje poslove SR Hrvatske, Odjel za izdavačku djelatnost i dokumentaciju, Zagreb.

Ladewig, D., V. Hobl, H. Dubacher, V. Faust (1973): Droge med nami. Cankarjeva založba, Ljubljana.

Lamovec, Tanja (1998): Psihosocialna pomoč v duševni stiski. Visoka šola za socialno delo, Ljubljana.

(2005) Letno poročilo 2005 : stanje v zvezi s problemom drog v Evropi. Urad za uradne publikacije Evropskih skupnosti, Luksemburg

Merc, Božidar (1995): »Kriminološki vidiki odvisnosti«. V: Božidar Merc (ur.): Odvisnost - družbeni problem včeraj, danes, jutri: zbornik razprav. Obzorja, Maribor, str. 58-99.

Nastran-Ule, Mirjana (1999): Predsodki in diskriminacije: izbrane socialno-psihološke študije. Znanstveno in publicistično središče, Ljubljana.

Nastran-Ule, Mirjana (2000): Sodobne identitete: v vrtincu diskurzov. Znanstveno in publicistično središče, Ljubljana. (Zbirka Sophia; 2000, 6).

Milčinski, Lev, Martina Tomori, Franc Hočevar (1986): Droge v svetu in pri nas. Delavska enotnost, Ljubljana.

Nolimal, Dušan (1999): »Terensko delo z uživalci drog: splošna načela in dosedanje izkušnje s terenskim delom v Sloveniji«. Socialno delo, 38, 4-6, str. 293-297.

Pezelj, Janez (2002): Nevarna prepoved. Samozaložba, Ljubljana.

Polajner, Bogdan (2005): »Pomen razlikovanja med primarno in sekundarno preventivo na področju zlorab drog«. Odmevi, april, 9, str. 16-17.

Polajner, Bogdan (2006a): »Visokopražni abstinenčni programi: primer celostne obravnave zasvojenosti«. Odmevi, februar, 10, str. 32-34.

- Polajner, Bogdan (2006b): »Programi visokega praga za abstinate od drog v Sloveniji«. V: Golob, Janvit (ur.): Problematika drog v Sloveniji 2005: zbornik referatov s posveta. Državni svet Republike Slovenije, Ljubljana, str. 41-57.
- Ramovš, Jože (2001): Slovar socialno alkohološkega izrazja. Inštitut Antona Trstenjaka, Ljubljana.
- Rusche, Sue, David P. Friedman (2004): Lažnivi sli: kako zasvojljive droge poškodujejo možgane. Debora, Ljubljana.
- Stefanovski, Peter (1996): »Socialno delo, ki akceptira uživanje drog«. Socialno delo, 35, 4, str. 289-300.
- Štifter, Janko (2003): Samo 24 ur!: da premagaš odvisnost. Quatro, Notranje Gorice.
- Taradash, Marco (ur.) (1993): Cena prohibicije drog : prispevki iz mednarodnega antiprohibicionističnega foruma, Bruselj 28. IX. - 1. X. 1988. Taxus, Ljubljana.
- Tavzes, Miloš (ur.) (2002): Veliki slovar tujk. Cankarjeva založba, Ljubljana.
- Täschner, Karl-Ludwig (2002): Trde droge – mehke droge? In obs medicus, Ptuj.
- Trbanc, Martina (1996): »Socialna izključenost: koncept, obseg in značilnosti«. V: Ivan Svetlik (ur.): Kakovost življenja v Sloveniji. Fakulteta za družbene vede, Ljubljana, str. 287-310.
- Turčin, Zlatan (1995): »Toksikomanija mladih«. V: Božidar Merc (ur.): Odvisnost - družbeni problem včeraj, danes, jutri: zbornik razprav. Obzorja, Maribor, str. 114-123.
- Vries, Sjef de, Roel Bouwkamp (1995): Psihosocialna družinska terapija. Firis, Logatec.
- Vučak, Darja (2000): Problem zaposlovanja uživalcev nedovoljenih drog. Diplomski naloga. VSD, Ljubljana.

Win, Aye Aye (2004): »Dignity International, Portugalska«. V: Jože Gornik (ur.): Zbornik 1. posveta na temo revščina in socialna izključenost oziroma vključenost. Urad RS za mladino in Mladinski svet Slovenije, Ljubljana, str. 147.

Zebec-Koren, Marko (1992): »Kako misliti resocializacijo«. Revija za kriminalistiko in kriminologijo. Ljubljana, let. 43, št. 3, str. 227-239.

Žigon, Darko (2005): Droge: alkohol, tobak, marihuana, hašiš, kokain, amfetamini, opiat in heroin, halucinogene droge, hlapi. Center Marketing International, Ljubljana.

16.2 MEDMREŽJE IN OSTALI VIRI

Center za odvisnosti Kranj (2005). Dostopno na <http://www.labirint-omame.si> (5. avgust 2006).

Center za socialno delo Ptuj (2005): Naprej zmorem sam/a – izvajanje na Ptuju. Dostopno na <http://www.csd-ptuj.si/index.php?p=HOME,SOCIALPREV,GOALONE> (3. julij 2006)

Društvo Projekt Človek (2004). Dostopno na <http://www.drustvo-projektlovek.si/> (1. junij 2006).

Jezernik, Andreja: Zasvojenost ali odvisnost?

Dostopno na http://www.konoplja.org/Prosti_tek/Clanki/Clanki_zasvojenost_odvisnost.htm (26. marec 2006).

Košir, Matej (ur.) (2004): Imam težave z drogami! : kam po informacije in pomoč? : vodič po več kot 100 programih. Urad Vlade RS za droge, Ljubljana. Dostopno na http://www.uradzadrobe.gov.si/doc_docs/ZBORNIK-2004.pdf?P_HPSESSID=8271c9308e3021bc4d5b1946ffa8056e (7. februar 2006).

Kersnik, Vilma (2006a): Poročilo o triletnem izvajanju programa reintegracije »Naprej zmorem sam/a«.

Kersnik, Vilma (2006b): Vsebinsko poročilo o izvajanju programa reintegracije »Naprej zmorem sam/a« za l. 2005.

Košir, Matej (2005): Poročilo o posvetu LAS na temo reintegracije. Dostopno na http://www.uradzadroge.gov.si/in_center_docs/Porocilo%20o%20posvetu%20LAS%20na%20temo%20reintegracije_.doc (5. januar 2006).

Osveščen, ne zadet (2005): 3. izobraževanje o drogah in zasvojenosti.

TIN Ljubljana (2005) : Naprej zmorem sam/a. Dostopno na http://www.tin-ljubljana.si/Strani/naprej_zmorem_sam.htm (4. maj 2006).

Up – Društvo za pomoč zasvojenecem in njihovim svojcem Slovenije (2003). Dostopno na <http://www.drustvo-up.si/index.php?htm=dejavnosti> (7. maj 2006).

Urad RS za droge (2006): Pilotski projekt: 4 faze reintegracije.

Zavod Pelikan-Karitas (2005). Dostopno na <http://pelikan.karitas.si> (5. junij 2006).

Zavod Vir (2006). Dostopno na <http://www.zavod-vir.si/modules.php?op=modload&name=OZavodu&file=index> (28. avgust 2006).

Zbirke državnega zbora RS – sprejeti akti (2004): Resolucija o nacionalnem programu na področju drog 2004-2009. Dostopno na http://www2.gov.si/zak/Akt_vel.nsf/zakposop/2004-01-1206?OpenDocument (25. avgust 2006).

Trbanc, Martina, Ružica Boškić, Barbara Kobal, Liljana Rihter (2003): Socialna in ekonomska vključenost ranljivih skupin v Sloveniji - možni ukrepi za dvig zaposljivosti najbolj ranljivih kategorij težje zaposljivih in neaktivnih oseb: raziskovalno poročilo. Dostopno na http://www.gov.si/mddsz/doc/raziskava_vkljucevanje2.pdf (11. marec 2006).

8. nacionalna konferenca LAS za preprečevanje zasvojenosti (2005): REINTEGRACIJA – skupni regijski projekt LAS (pilotski projekt). Vodji delavnice: Vilma Kersnik in Mile Hodnik. Piran, 4.11.2005.