

**UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

**MOJCA HVALA CERKOVNIK**

**POMEN IN SPECIFIKA SOCIALNE REINTEGRACIJE  
SPOLNO ZLORABLJENIH UŽIVALK PREPOVEDANIH  
DROG**

**Magistrsko delo**

**MENTOR: PROF. DR. BLAŽ MESEC**

Ljubljana, 2008

## ZAHVALA

Ob tej priložnosti bi se rada najprej zahvalila možu Andreju za potrpežljivost, razumevanje in podpore vseh vrst ob pisanju magistrske naloge. Hčerki Pii se opravičujem za dni, ko sem dala prednost študiju, hkrati pa sem ponosna nanjo, ker je ob mojem pomanjkanju časa prevzela skrb in odgovornost zase, šolo in psička Darkya.

Zahvaljujem se svoji mami za občutek, da zmorem, in lekturo, tašči, ki je ves čas mojega študija pomagala moji družini in meni, pa seveda stricu za zaupanje in vzpodbudo, ki mi jo je dal takrat, ko sem že skoraj odnehala.

Za strokovno pomoč in potrpežljivost se zahvaljujem svojemu mentorju, prof. dr. Blažu Mescu. Nenazadnje pa gre velika zahvala tudi vsem mojim sodelavkam in sodelavcem, ki so spremljali in razumeli moje vzpone in padce ob pisanju naloge.

Ob tem pa še posebna zahvala mag. Andreju Kastelicu, ki mi je dal priložnost, da sem se znotraj svojega poklica lahko samostojno odločala za področje dela, ki me je veselilo in posledica česar je moja magistrska naloga.

# KAZALO

PREDGOVOR.....	5
1 ODVISNOST OD PREPOVEDANIH DROG.....	7
1.1 UPORABA PREPOVEDANIH DROG V EVROPI.....	7
1.2 OBRAVNAVA PREPOVEDANIH DROG V SLOVENIJI.....	8
1.3 DEFINICIJA ODVISNOSTI OD PREPOVEDANIH DROG.....	9
1.4 DEJAVNIKI TVEGANJA ZA NASTANEK ODVISNOSTI.....	14
1.4.1 Sociokulturni dejavniki.....	14
1.4.2 Psihološki dejavniki.....	18
1.4.3 Biološki dejavniki.....	19
1.5 RAZVOJ ODVISNOSTI OD PREPOVEDANIH DROG.....	21
2. ŽENSKES IN ODVISNOST OD PREPOVEDANIH DROG.....	28
2.1 ŽENSKES IN PREPOVEDANA DROGA.....	28
2.2 RAZLIKE MED SPOLOMA GLEDE UŽIVANJA PREPOVEDANIH DROG.....	31
2.3 PSIHOSOCIALNE KARAKTERISTIKE ŽENSKES UŽIVALKE DROG.....	36
2.4 VZROKI ZA ZAČETEK ODVISNOSTI.....	37
3 SPOLNE ZLORABE.....	39
3.1 DEFINICIJA SPOLNE ZLORABE OTROK IN POSLEDICE, KI SE KAŽEJO V ODRASLEM OBDOBJU.....	39
3.2 SPEKTER ZLORAB IN EMOCIONALNO VEDENJSKA REAKCIJA NA SPOLNO ZLORABO (Cerkovnik-Hvala, 2000).....	42
3.3. DINAMIKA SPOLNE ZLORABE.....	43
3.4 DEJAVNIKI TVEGANJA PRI SPOLNIH ZLORABAH Z Poudarkom NA DRUŽINI.....	44
3.4.1 Pomen funkcionalne družine kot zaščitni dejavnik.....	45
3.4.2 Pomen nefunkcionalne družine kot dejavnik tveganja.....	48
3.5 POSLEDICE SPOLNE ZLORABE.....	51
3.6 POVEZAVE MED SPOLNIMI ZLORABAMI IN UŽIVANJEM PREPOVEDANIH.....	53
4 SOCIALNA REINTEGRACIJA UŽIVALCEV PREPOVEDANIH DROG.....	60
4.1 DEFINICIJA SOCIALNE REINTEGRACIJE.....	60
4.2 TRENUTNO STANJE GLEDE SOCIALNE REINTEGRACIJE NA PODROČJU PREPOVEDANIH DROG V SLOVENIJI.....	63
4.3 SPECIFIKA REINTEGRACIJE ŽENSKES UŽIVALKE PREPOVEDANIH DROG.....	69
4.4. PRIMERI DOBRE PRAKSE.....	71
4.4.1. PRIMER DOBRE PRAKSE IZ TUJINE- Reintegracijski center Geteway, Pennsylvania, USA.....	71
4.4.2. PRIMER DOBRE PRAKSE V SLOVENIJI.....	73
Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog Ljubljana-CZOPD.....	73
Cilji socialnega dela v CZOPD Ljubljana.....	79
5 OPREDELITEV PROBLEMA IN (HIPO)TEZE.....	84
5.1 OPREDELITEV PROBLEMA.....	84
5.2 HIPOTEZE.....	86
5.3. METODA.....	87
5.3.1 Vrsta raziskave in spremenljivke.....	87
5.3.2 Merski instrumenti in viri podatkov.....	89
5.3.4 Zbiranje podatkov.....	91
5.3.5 Obdelava in analiza podatkov.....	92
6 REZULTATI.....	93

6.1 OPISNA STATISTIKA.....	93
6.1.1 Demografske značilnosti udeleženk: starost, bivališče .....	93
6.1.2 Spolna zloraba: starost ob zlorabi, storilec zlorabe, zaupala komu, podana prijava storilca, .....	93
6.1.3 Značilnosti njihovega življenja .....	93
6.1.4 Rezultati usmerjenega intervjuja .....	93
6.2 PREIZKUSI HIPOTEZ (hi – kvadrat) .....	117
6.3 KVALITATIVNA ANALIZA .....	119
6.3.1 Povzetek intervjuja .....	120
7 ZAKLJUČKI RAZISKAVE .....	126
7.1 Zaključki kvantitativnega dela raziskave .....	126
7.2 Zaključki kvalitativnega dela raziskave .....	128
8 .PREDLOGI .....	133
9 LITERATURA IN VIRI .....	136
10 POVZETEK.....	140
11 PRILOGE .....	142

## **PREDGOVOR**

Magistrska naloga, ki je pred vami, je posledica mojega petnajstletnega dela z odvisnimi od prepovedanih drog. Svojo strokovno pot sem začela kot socialna delavka na takratnem oddelku za detoksikacijo, ki je deloval v sklopu Centra za mentalno zdravje Psihiatrične klinike v Ljubljani. Teh petnajst let mi je prineslo veliko spoznanj in izkušenj, predvsem pa priložnosti, da sem se veliko novega naučila o sebi. Predvsem že dolgo ne razmišljam več o sebi kot o človeku, ki se mu odvisnost »ne more zgoditi«, temveč sem zadovoljna, da sem doslej preživela na sama sebi in, upam, da tudi okolici, neškodljiv način.

Opravljanje socialnega dela znotraj institucije nikakor ni lahko. Hierarhija je jasno postavljena, stereotipi o socialnih delavcih tudi. Težko je bilo preseči vnaprej postavljene okvire, a ker je bilo delo z odvisniki tudi za psihiatrijo nekaj novega, je bilo morda lažje. Imela sem tudi to srečo, da sem se lahko veliko izobraževala, tako v tujini, kot v Sloveniji. Preko znanja in izkušenj pri neposrednem delu z odvisnimi sem dobila priložnost vstopiti v njihov svet, ki pa je bil popolnoma drugačen od tistega, kar sem pričakovala. V svetu subkulture sem se srečala tudi z tragičnimi usodami, ki so globoko zaznamovali življenja odvisnikov. Najbolj so me pretresle zlorabe, tako, da sem se kmalu znotraj svojega poklica začela intenzivneje ukvarjati in izobraževati v smeri nasilja, zlorab in obravnave žrtev zlorab. V sklopu študija sem opravila tudi raziskavo z naslovom Posledice, vpliv in obravnava spolno zlorabljenih žensk, odvisnih od prepovedanih drog. Rezultati so bili zame šokantni in so se potrdili z primerjavami iz drugih držav. Več kot polovica uživalk prepovedanih drog je spolno zlorabljenih Gre za incestne zlorabe v zgodnjem obdobju življenja. Seveda ne izključujem moških, a ti navajajo zlorabo manjkrat. Žrtve redko zapuščajo okolje, v katerem se je zgodila ali dogajala zloraba, Ko življenje »preveč boli«, je potrebno najti zdravilo in droga je zelo pogost način preživetja z zlorabo. V tem obdobju sem se srečala tudi z mojo supervizorko, dr. Patricio Wallsh, strokovnjakinjo na področju odvisnosti, iz University of San Diego, California, ki mi je dala ogromno znanja in idej glede obravnave žensk. V supervizorskem procesu z njo, sem tudi prvič slišala, da imajo mnogi reintegracijski programi v tujini znotraj svoje ponudbe tudi »gender« skupine (ženske /moške skupine) hkrati s ponudbo za pomoč ženskam.

Začetki so bili težki, takratni slovenski programi so bili še v povojih, ampak od 1997 dalje

sem začela intenzivno delati z žensko populacijo in trdim, da ženske potrebujejo specifične programe za okrevanje, posebno, če gre še za prisotnost travme. Seveda, to ne pomeni, da se morajo ti programi izvajati ločeno, temveč da bi morali biti reintergrirani v ponudbo.

Slovenski reintegracijski programi, z izjemo Centra za zdravljenje odvisnosti, kjer sem sedaj zaposlena kot vodja dnevnega centra in skupnosti Srečanje, ki ponuja žensko komuno, nimajo ponudbe za obravnavo ženske problematike. Z magistrsko nalogo bi rada utemeljila, da potrebujejo ženske, uživalkе drog, posebno, če gre še za dodatne stiske v smeri zlorab, specifično ponudbo za priložnost kvalitetnejšega okrevanja, ki pa mora biti implementiran v celostni program reintegracije, kar pa je mogoče le z multidisciplinarnim načinom dela. Svoje hipoteze, ki so predstavljene v nalogi, bom podkrepila z primerom dobre prakse iz svojega področja dela z željo, da bo moja vizija dela z uživalkami drog postala izziv kakšnega od obstoječih reintegracijskih centrov v Sloveniji.

# 1 ODVISNOST OD PREPOVEDANIH DROG

## 1.1 UPORABA PREPOVEDANIH DROG V EVROPI

Poročila Agencija EU za droge (EMCDDA) (2006) o stanju na področju problematike drog v Evropi kažejo, da so se cene prepovedanih drog na ulicah Evrope v zadnjih petih letih znižale, tako so droge trenutno v Evropi verjetno cenejše kot kdajkoli prej. Podatek izvira iz analize petletnega trenda (med letoma 1999 in 2004) cen drog na ulicah v Evropi, ki je pokazala, da so se povprečne cene v večini držav za večino drog zniževale.

Od leta 1996 dalje je med Evropejci opaziti vse večje povpraševanje po zdravljenju v specializiranih centrih za obravnavo odvisnikov, oziroma programih zdravstvene pomoči za odpravljanje odvisnosti od kanabisa. Po podatkih je najmanj eden od petih odraslih Evropejcev vsaj enkrat v svojem življenju uporabil kanabis. Za heroinom je kokain trenutno druga najpogosteje uporabljena prepovedana droga. Nato sledi kanabis, četrta najpogosteje uporabljena skupina prepovedanih drog v evropski splošni populaciji je skupina sintetičnih drog, predvsem ekstazi in amfetamini. Po podatkih Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti (EMCDDA) je v letu 2001 najvišji delež žensk v primerjavi z moškimi, iskalo pomoč zaradi poživil (32,5 %), sledijo opiatni (18,8 %), kokain (15 %) in kanabis (14,2 %) (Lovrečič in dr. 2004).

Cene po vsej Evropi so se znižale v tem obdobju za hašiš (smolo kanabisa) (19 %), marihuano (posušene rastlinske dele kanabisa) (12 %), kokain (22 %) in rjavi heroin (45 %), za amfetamine (20 %) ter ekstazi (47 %). Zaradi tega sta danes ekstazi in kokain v nekaterih državah cenejša kot v poznih osemdesetih in zgodnjih devetdesetih letih prejšnjega stoletja. Na ceno drog lahko vpliva vrsta dejavnikov, vključno z nihanjem ponudbe, stopnjo čistosti, vrsto snovi in kupljenimi količinami. Dodatno otežujejo analizo cen prikrita narava trga prepovedanih drog ter nacionalne razlike glede kakovosti podatkov in metod zbiranja podatkov (EMCDDA 2006).

Predsednik Marcel Reimen (EMCDDA 2006) je dejal, da je cena le eden od mnogih dejavnikov, ki vplivajo na odločitev ljudi o ne/uporabi drog. Sicer sedaj še ni vidnih povezav

med skupnimi stopnjami uporabe in ceno drog na ulici, kljub temu vlada velika zaskrbljenost, saj bodo lahko tisti, ki so nagnjeni k uporabi drog, le-te uživali še v večji meri. Končna cena uporabe drog v smislu zdravstva in škode bo za naše skupnosti verjetno velika.

## **1.2 OBRAVNAVA PREPOVEDANIH DROG V SLOVENIJI**

Na področju obravnave zmanjševanja škode zaradi uživanja prepovedanih drog je bilo doslej v Sloveniji veliko narejenega. Postavljena je Nacionalna strategija Slovenije, ki se nanaša na strategijo EU, deloma je urejena zakonodaja (Kazenski zakonik, Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami, Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in obravnavi uživalcev prepovedanih drog, Uredba o razvrstitvi prepovedanih drog, Zakon o predhodnih sestavah za prepovedane droge, Zakon o prekrških).

Možnosti obravnave oz. zdravljenja odvisnosti so organizirane znotraj različnih institucij oz. v društvih. Prednjači medicinski model, ki ponuja Centre za zdravljenje odvisnosti v vseh večjih slovenskih krajih, vendar le ti ponujajo predvsem substitucijski program, z razliko CZOPD Ljubljana, kjer se z medicinskim modelom močno prepleta psihosocialni model.

Znotraj ponudbe obravnave so organizirani visokopražni programi, kjer je namen vzpostavljanje in vzdrževanje abstinence ter reintegracija (CZOPD, Skupnost Srečanje, Projekt Človek, Društvo up idr.) in nizkopražni modeli, ki so namenjeni predvsem zmanjševanju škode ob uživanju prepovedanih drog.

Kljub temu, da je ponudba pestra, je še vedno premalo medinstitucionalnega približevanja, preveč tekmovalnosti, premalo multidisciplinarnosti. Kot posledica tega, v slovenski ponudbi programov za uživalce prepovedanih drog ni večplastnega, celostnega modela, ki bi bil narejen po meri in potrebah uporabnikov.

Trenutno je v Sloveniji od celotnega števila uživalcev prepovedanih drog, več kot tretjina uživalk, mnoge med njimi so bile zlorabljene. Po podatkih, ki jih je predstavil dr. Bogdan Polajner v prispevku v Državnem zboru 22.5.2005, je v programu Projekt Človek približno 45% žensk, ki navajajo spolno zlorabo, podoben podatek je tudi v Centru za zdravljenje



odvisnosti (CZOPD), kjer je bilo od leta 1995 hospitaliziranih 1489 pacientov. Razen Skupnosti Srečanje, ki nudi »žensko terapevtsko skupnost« in CZOPD, ki nudi psihosocialno obravnavo in celostne obravnave, ki vključuje tudi obravnavo zlorab na CZOPD, v Sloveniji ni programa, ki bi obravnaval to ranljivo populacijo.

Iz podatkov, pridobljenih na Inštitutu za varovanje zdravja, je razvidno, da niha število žensk, ki so v obdobju od 1991 do 2003 iskale zdravstveno pomoč v centrih (Centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog - CPZOPD). V letu 2002 je bilo skupno evidentiranih 2633 uživalcev drog, od tega je bil delež vseh evidentiranih žensk 22,1 %, v naslednjem letu pa 23,6 %. Povprečna starost žensk, ki so od leta 1991 do 2002 prvič poiskale zdravstveno pomoč, je 21 let. V večini primerov ženske v Sloveniji v CPZOPD iščejo pomoč zaradi heroína, sledita kanabis in kokain. Podatki za leto 2003 kažejo, da je 31,7 % vseh evidentiranih v programu uživalo eno drogo, ostali so uporabljali (kombinirali) več različnih drog (Lovrenčič in dr. 2004).

### **1.3 DEFINICIJA ODVISNOSTI OD PREPOVEDANIH DROG**

Različne vede različno pojmujejo in definirajo odvisnost od prepovedanih drog in tudi utemeljujejo različne diskurze. Psihološke in sociološke vede pogosteje uporabljajo izraz zasvojenost, ne pa odvisnost, med tem ko medicina uporablja izraz odvisnost; tako je tudi klasificirana v katalogu bolezni DSM IV.

Dr. Tanja Rener je v predgovoru h knjigama *Živeti s heroinom*, avtorja dr. Vita Flakerja, zapisala, da se je večina doslej dominantnih politik do drog oblikovala na podlagi dveh diskurzov, medicine, oziroma psihiatrije na eni strani in policijsko nadzorovalnega aparata na drugi strani. Oba diskurza tematizirata drogo kot družbeno deviantnost in poudarjata njeno izjemnost, oziroma, da je uporaba nedovoljenih drog odklon od standardov družbeno sprejemljivega vedenja (Rener 2003).

Pojem **odvisnosti** (angl: dependence; franc: dependance; nem: Abhängigkeit) se ne nanaša samo na psihoaktivne substance. Označuje pretirano patološko navezanost na določene substance, ali nematerialne stvari, z nezdržljivo ali težko obvladljivo željo, da se nadaljuje z

jemanjem odnosnih substanc ali z uporabo in ponavljanjem materialnega ali nematerialnega objekta odvisnosti. Človek je torej lahko odvisen od različnih kemičnih oz. nekemičnih substanc in to lahko postane glavna vsebina in faktor organiziranja njegovega življenja. Seveda imajo različne odvisnosti lahko različen karakter in zelo različne individualne in socialne dimenzije, ki se pojavljajo v različnih stopnjah intenzivnosti (Kuševič 1987: 32).

V nadaljevanju Kuševič utemeljuje, da ima odvisnost lahko resne zdravstvene in socialne posledice. Stalna intoksikacija z drogo pripelje do različnih akutnih in kronično psihičnih motenj. Postopoma lahko nastanejo trajne spremembe v vedenju in odnosu do okolice. Droga lahko postane glavni faktor organizacije odvisnikovega življenja. Vsi načini, da se droga nabavi, postanejo takrat sprejemljivi, vključno s kaznivimi dejanji in prostitucijo. Odvisnik lahko postopoma izgubi interes za okolico, delo družino, prijatelje in obveznosti do družbe ter se orientira v smeri življenja na margini družbe. Socialni problemi, povezani z odvisnostjo so praviloma težji od zdravstvenih, možnosti za vrnitev odvisnikov v normalne družbene tokove pa omejene (Kuševič 1987: 33).

Pojem zasvojenosti je z Lindsmitom prišel do sklepa, da je telesna odvisnost preohlapen in hkrati nezadosten pogoj za definiranje pojma zasvojenosti. Taka definicija namreč izključuje tiste, ki so zasvojeni, a v določenem trenutku niso v stanju telesne odvisnosti, vključuje pa tiste, ki so telesno odvisni a ne hlepijo po mamilu. Prav hlepenje je tisto, kar je specifično za zasvojenca. Lindsmit zatrjuje, da hrepenenje ni posledica želje po užitku, ki je sicer ena od gonilnih sil uživanja, pogosto ravno v stadiju zasvojenosti pojenja. Se pravi, da ostane edini skupni imenovalec hlepenja po opiatih lajšanje abstinencnih težav. Po Lindsmitu postane nekdo zasvojen, ko doživi abstinencne težave, jih kot take konceptualno prepozna in se tako nauči hrepeneti po drogi s ponavljanjem te izkušnje iz stališča vrednost in vedenja zasvojenca. To velja za opiatne zasvojenca. Čeprav je ta definicija zelo splošna in nam malo pove o konkretnih oblikah uživanja in zasvojenosti in četudi bi kazalo, da ne velja za vse primere, bi jo bilo potrebno modificirati in obdržati dva elementa. Prvič, da gre pri zasvojenosti za konceptualen proces, ki je družbeno pogojen in drugič da moramo razlikovati med zasvojenostjo in odvisnostjo.

Dr. Bogdan Polajner uporablja izraz zasvojenost in ga razlaga z različnih vidikov:

- biološko- kemični vidik zasvojenosti, kjer zasvojenost opisujejo kot primarne motnje v neurotransmiterskih prenosi dopamina in endorfina. Taka motnja povzroča potrebo po drogi in obratno. Lahko pa tudi droga primarno povzroča motnje v neurotransmiterskih prenosih in tako tvori bio-kemični začaran krog potrebe po drogi. drogi. Ob tem poudarja da v Sloveniji in drugih post-socialističnih državah gledamo na zasvojenost še preveč zoženo zgolj iz bio-kemičnega vidika.
- Vedenjski vidik zasvojenosti, kjer gre za krivdno vedenje (drogiranje in druga vedenja, za katere se človek počuti krivega) in sram, kar spet povečuje potrebo po omami vesti - za kar pa je spet potrebna droga. Tako se podobno kot na biološkem področju tvori začaran krog.
- Psihološko osebni - doživljajski vidik zasvojenosti, ki zajema čustvene motnje in stiske, osebne značilnosti, ki višajo verjetnost zlorab drog (plahost, preobčutljivost, nizko samospoštovanje, slab občutek lastne vrednosti).
- Družinski odnosi - vidik zasvojenosti, kjer gre za dve nasprotji družinske patologije z enakimi posledicami. Po eni strani za odsotnost pristnih odnosov oz. čustveno zanemarjanje in na drugi strani za patološko pretiravanje pri zaščiti ali prilaščanju otroka (patološka protektivnost in posesivnost).
- Družbeno - vrstniški vidik zasvojenosti, kjer gre za negativni socialni pritisk vrstnikov, zlasti v današnjem času, ko se mladim zdi »moderno« imeti izkušnjo z drogo.
- Družbeno – vidik odnosov do zasvojenosti, ki vključuje dve družbeni nasprotji: po eni strani izločanje krhkih oseb in zasvojenih članov družbe, ki najbolj potrebujejo pomoč (odpori do komun, zavračanje »drugačnosti«) in na drugi strani izkoriščanja ter prefinjene oblike nasilja nad posamezniki (agresivne reklame, potrošniška mentaliteta, nečloveški delovni pogoji ..).

- Duhovno - ontološki vidik zasvojenosti, ki 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).
- Vidik duševnih ran oz. težjih travm, le te so pri zasvojenih pogoste v smislu spolnih zlorab, pogosto incestnega tipa. Približno 45 % zasvojencev je bilo v otroštvu spolno zlorabljenih, veliko jih je otroštvo preživljalo z alkoholičnim staršem, prisotnost fizičnega nasilja v družini in zanemarjanje.

Privrženci sodobnega medicinskega pristopa menijo, da je abstinenca edino zdravilo za prizadete osebe, sociologi pa, ki zagovarjajo vedenjske teorije, smatrajo, da je ta recept veliko preveč dogmatičen v vsakem primeru neskladen z dejstvi (Heather in Robertson 1983; 1985). Do nesoglasij prihaja iz dveh temeljnih razlogov in sicer, ker sodoben sociološki pristop zavrača zamisel o bolezni in ker problematično uživanje droge vidijo kot primer navzemanja slabih navad.

Dejstvo je, da medicinski modeli obravnavajo odvisnost kot vsako drugo bolezen, ki jo je mogoče zdraviti ravno tako, kot vsako drugo bolezen, seveda s pomočjo zdravil, ki bi odvisniku pomagal k doseganju abstinence od drog.

Obstaja mnogo stvari od katerih človek lahko postane odvisen, čeprav v njih sprva išče zadostitev, sprostitev, iluzijo stvarnosti, ali pa tudi že od samega začetka le neko nadomestilo. Odvisnosti nosijo v sebi svoje pasti in nevarnosti, od katerih ene bolj ogrožajo človekovo telo, druge pa njegovo psihosocialno integriranost in celovitost, večina pa prej ali slej kar vse to . Psihoaktivne snovi vplivajo na zaznavanje, razpoloženje in doživljanje, dušijo tesnobo in olajšujejo komunikacijo, dajejo simbolično podobo odraslosti in dovoljujejo umik v otroštvo (Tomori 2000).

Dejstvo je, da je odvisnost motnja, ki zajame telesno, duševno in socialno blagostanje zasvojenca in njegove okolice. To ni samo razvada in stil življenja, temveč tudi bolezen, za katero je dokazano, da spremeni strukturo in delovanje možganov zasvojenca (Kastelic in Kostnapfel- Rihtar 2000).

Sociologija in socialno delo zavzemata v odnosu do odvisnosti drugačna stališča.

Vedenjska teorija o odvisnosti z drogami, ki jo je razvil Abraham Wikler (1965), utemeljuje odvisnost kot rezultat operantnega pogojevanja. Izhajajoč iz dela B. F. Skinnerja (1953) je Wikler razvil konceptualno enostavno teorijo, da vsako zaužitje droge s takojšnjim in močnim ojačanjem, okrepi nadaljnjo željo po zaužitju. Le ta usahne, če večkrat zaporedoma ne pride do okrepitve.

Desetletje pozneje je teoretik motivacijskega učenja Richard Solomon (Solomon in Corbitt 1974) razvil model »motivacijska teorija nasprotnih procesov«, ki temelji na tem, da so možgani sesalcev organizirani tako, da preprečijo stopnjo vzdraženosti, pa naj si gre za pozitiven ali negativen občutek.

Leta 1989 Georg uvede teorijo socialnega učenja, le ta ima o odvisnosti tri ključne elemente. Prvo je, da je vedenje odvisnih socialno pridobljeno in ga določa več dejavnikov, da se odvisnost pojavlja kot kontinuum in tretje, da je vedenje odvisnika poizkus obvladovanja situacije, pa čeprav neustrezen.

Dr. Vito Flaker povzema Beckerja, ki je pokazal, da je uživanje drog psihosocialen proces, saj se mora uživalec naučiti uživati droge, to pa lahko stori le tako, da se vključi v skupino uživancev in njeno kulturo. Od uživancev dobiva nasvete, interpretacije posameznih dogodkov, občutji, izkušnji in pomoč pri uživanju, posnema bolj izkušene učivalce in jih jemlje za vzor. Uči se po eni strani s tem, da je vključen v skupino, po drugi strani pa s tem, da je izpostavljen javnim, pogosto negativnim podobam (Flaker 2002).

Hkrati pa utemeljuje, da se je uživalec drog znašel v središču zanimanja sociologov takrat, ko se je sociologija začela ukvarjati s pojmom deviantnosti (Flaker 2002).

Splošna in nesporna definicija odvisnosti z drogami še vedno ne obstaja. Antropološke raziskave so pokazale, da je socialno vedenje, povezano z uživanjem drog, od kulture do kulture različno ter da se lahko učinek katerekoli droge na posameznika spreminja v

odvisnosti od spleta osebnostnih dejavnikov in dejavnikov okolja (Nolimal 2001).

## **1.4 DEJAVNIKI TVEGANJA ZA NASTANEK ODVISNOSTI**

Vzročni dejavnikih odvisnostih (dejavniki tveganja) medsebojnih vplivov trikotnika ČLOVEK - DROGE - OKOLJE. Dejavniki tveganja za nastanek bolezni odvisnosti so posameznikove lastnosti, biološke in psihološke narave, katere v interakciji s socialnim okoljem povečujejo verjetnost, da nekdo postane odvisen (Clayton,1992; po Dular, 2007). Ključnega pomena je torej nagnjenost k bolezni odvisnosti, ki je odvisna od prepleta bioloških, psiholoških in sociokulturnih dejavnikov tveganja. Vedenjsko manifestacijo genske nagnjenosti k bolezni odvisnosti lahko preprečijo ali pospešijo dejavniki okolja in obratno, biološki dejavniki lahko odločilno vplivajo na to, kakšen bo vpliv okolja na posameznika (Clayton, 1992; po Dular, 2007).

Odvisnost kot taka je posledica mnogih dejavnikov tveganja, več kot jih je prisotnih, globlja je. Dejavniki niso pri vseh ljudeh enaki, ampak so pri nekaterih bolj izraženi eni, pri drugih drugi. V literaturi obstaja veliko razvrstitev vzročnih dejavnikov, a nobena ni idealna, saj se vzroki medsebojno prepletajo in vplivajo drug na drugega (Auer, 2001; po Dular, 2007).

Dejavnike tveganja lahko v grobem razdelimo v tri velike skupine (Kaplan in dr.,1991; po Dular, 2007):

- sociokulturni dejavniki tveganja,
- psihološki dejavniki tveganja in
- biološki dejavniki tveganja.

Glede na posamezno skupino obstaja več različnih razlag, kako posamezni dejavnik vpliva na bolezen odvisnosti. Poglejmo si vsako skupino posebej.

### **1.4.1 Sociokulturni dejavniki**

Določeni sociokulturni vplivi, ki so najpogosteje omenjeni, kot dejavniki tveganja za bolezen

odvisnosti, so: socialne krize; modni trendi, ki spodbujajo uporabo določene droge; in nesposobnost skupnosti, da zagotovi potrebne ustrezno pogoje za preventivo ali terapijo te bolezni (Johnson, Muffler, 1992).

Kot vplivi ožjega socialnega okolja so za dejavnike tveganja za bolezen odvisnosti navedeni: družina, telesna ali duševna zloraba, šola, zgodnja spolna aktivnost in vpliv vrstnikov (Clayton: 1992).

### *SOCIALNE KRIZE .*

Socialne krize se izražajo v nezaposlenosti, slabšem socialno-ekonomskem statusu in slabših možnostih za boljšo izobrazbo. Povzročajo povečevanje socialnih razlik med različnimi sloji (Johnson in dr.,1992; po Dular, 2007). Pojavnost odvisnosti od opiatov je pogostejša med nižjimi socialnimi sloji; dve tretjini odvisnih prihaja iz družin z rednim zlorabljanjem alkohola ali drugih drog. Pomembni vzročni dejavniki so tudi: nezaposlenost, nizek socialno-ekonomski status, brezperspektivnost, vedno več razbitih, nestabilnih in eno starševskih družin in takšnih, kjer vlada nasilje, vzgoja otrok pa je negotova in prepuščena ulici ter televiziji (Auer,2001; po Dular, 2007).

Mladi iz nižjega sloja so pogosto brezperspektivni in prepričani, da je do blagostanja možno priti tudi ali predvsem na nepošten način, kar trgovino s prepovedanimi drogami samo še spodbuja. Dobički pridobljeni v tej trgovini, so tako visoki, da so težko primerljivi z zaslužki, pri kateremkoli drugem delu (Johnson in dr., 1991; po Dular, 2007).

V literaturi tudi lahko zasledimo, da so se v določenih obdobjih pojavljale nove droge in novi načini uporabe, ko so jih sprejeli ljudje iz različnih okolij in slojev (Johnson in dr.,1991; po Dular, 2007). Temu lahko rečemo modni trendi pri zlorabi psihoaktivnih snovi.

V Sloveniji je relativno dobro razvit trg z marihuano, hašišem, heroinom in LSD-jem. 82,4 % žensk, ki so v Sloveniji leta 2001 (Lovrečič in dr.,2004; po Dular, 2007) iskale pomoč, so le to iskale zaradi opiatov, 2,4 % zaradi kokaina in 14,1 % zaradi kanabisa.

### *VPLIV DRUŽINE*

Na posameznika vpliva družina na tri načine: genetsko, psihološko in preko socializacije. Razbita ali nepopolna družina je dejavnik tveganja, ki otroku ne omogoča občutkov varnosti in sprejetosti. Otrok ne more razviti zdrave pozitivne samopodobe in je pogosto prepuščen samemu sebi. Tveganje se še poveča, če je otrok v družini izpostavljen telesni (spolni) ali duševni zlorabi (Dembo in dr.,1987; po Dular, 2007).

Izrazito negativno delujejo pri vzgoji na eni strani nedosledna popustljivost, na drugi strani pa pretirano kritiziranje in vzbujanje občutkov krivde. Zelo pomembni so pogledi staršev na vlogo drog (Auer,2001; po Dular, 2007).

V literaturi zasledimo (Auer,2001; po Dular, 2007), da je odvisnost od opiatov pogostejša med nižjimi socialnimi sloji, saj kar dve tretjini odvisnih prihaja iz družin z rednim zlorabljanjem alkohola ali drugih drog. Poseben dejavnik predstavlja tudi prezgodnji začetek seksualnega življenja.

Močni frustracijski dejavnik človeške izkušnje, in s tem podporni dejavniki zlorabe drog, so brezperspektivnost, neuspeh v šoli in nezaposlenost. Težko je odpraviti zlorabo drog, če mladi nimajo ustvarjalnejših poti za uresničitev svojih ciljev. Tisti, ki verjamejo v uresničitev svojih ciljev (študij, uspeh, materialno blagostanje, družina ipd), se bodo lažje izognili tveganeu vedenju (Auer,2001; po Dular, 2007).

Vpliv vrstnikov v šoli je podobno močan. Šola je prostor prvega socialnega merjenja z vrstniki, prostor, kjer se potegujejo za čim boljši položaj, status. Mladostniki s slabim samozaupanjem in samopodobo velikokrat ne izbirajo načina z pridobivanje ugleda in spoštovanja pri sovrstnikih. Sovrstniki pa imajo kar velik vpliv na posameznika že s svojim vedenjem in zahtevami po socialni prilagoditvi. Dogodi se, da je uporaba drog zahteva, ki se ji posameznik ne more upreti (Clayton,1992; po Dular, 2007).

Avtorja Mensch in Kandel (1988; po Dular, 2007) sta prišla do ugotovitev, da izključitev iz šole statistično pomembno vpliva na večjo verjetnost, da bo posameznik pričel z zlorabo drog. Podobno težo pri tem imajo tudi zgodnje spolne izkušnje, ki so v pozitivni povezavi z



izključitvijo iz šole, oboje pa je zopet dejavnik tveganja za bolezen odvisnosti.

Določeni sociokulturni vplivi, ki so najpogosteje omenjeni, kot dejavniki tveganja za bolezen odvisnosti, so: socialne krize; modni trendi, ki spodbujajo uporabo določene droge; in nesposobnost skupnosti, da zagotovi potrebne ustrezno pogoje za preventivo ali terapijo te bolezni (Johnson in Muffler, 1992; po Dular, 2007).

Kot vplivi ožjega socialnega okolja so za dejavnike tveganja za bolezen odvisnosti navedeni: družina, telesna ali duševna zloraba, šola, zgodnja spolna aktivnost in vpliv vrstnikov (Clayton, 1992; po Dular, 2007).

## NASILJE V DRUŽINI

Ugotovitve (Quinilivan in Evans, 2004; po Dular, 2007) kažejo, da je nasilje povezano z visoko smrtnostjo pri ženskah in njihovih otrocih. Nasilje pogosto povzroča intimni partner - življenjski partner ali družinski član. Dokazi kažejo, da je nasilje med nosečnostjo pogostejše in ima velik vpliv na smrtnost matere in otroka (Quinlivan, 2004; po Dular, 2007). Sekundarne posledice nasilja so ugotovili pri nerojenih otrocih, pri katerih je povečano tveganje za neprilagojeno vedenje in ponovitev disfunkcionalnih odnosov in starševskih vzorcev (Quinilivan, 2004; po Dular, 2007). Poveča se tudi tveganje, da bo moral biti otrok pod nadzorom socialnih služb in bo na koncu tudi dodeljen v rejo.

Iz študije (Quinilivan, 2004; po Dular, 2007) je razvidno, da so ženske, ki so bile med nosečnostjo izpostavljene nasilju, statistično pomembno več kadile, pile alkohol in uporabljale nedovoljene droge. kot ženske, ki niso bile izpostavljene. Te ženske so bile bolj nagnjene k socialni izolaciji (malo, nič pomoči pri negi otroka) in so dosegale višje stopnje - ravni pri depresivni simptomatiki. Podatki o stalnosti bivanja kažejo, da je le 20 % žensk med nosečnostjo ostalo na istem naslovu, za primerjavo pa so imele ženske, ki niso bile izpostavljene nasilju, bolj stabilne bivanjske razmere (32 % jih ostalo na istem naslovu). Nasilje med nosečnostjo je močno vplivalo tudi na navezanost med materjo in otrokom, uporaba drog med nosečnostjo pa je seštevek navezanosti le še znižala. Pri materah, ki so po 6-tih mesecih še vedno dojile otroka, se je pokazala višja stopnja navezanosti. Ugotovili so,

da je materina raba nedovoljenih drog (kanabis) med nosečnostjo samostojen prediktor otrokovega temperamenta. Novorojenček matere, ki je med nosečnostjo uporabljala nedovoljene droge, je bil po temperamentu klasificiran kot 5-krat bolj težaven (Quinilivan, 2004; po Dular, 2007). Študija tako ponuja dokaze o tem, da ima lahko materina raba drog med nosečnostjo, samostojen - neodvisen vpliv na navezanost matere in otroka in na materino zaznavanje otrokovega temperamenta. Otroci uporabnicam nedovoljenih drog, prinesejo povečano tveganje za soočanje z otroško skrbniško službo. Pri materi in njenem otroku pa so pogoste negativne socialne, psihološke in razvojne posledice (Quinilivan, 2004; po Dular, 2007).

#### **1.4.2 Psihološki dejavniki**

Naslednji dejavnik so osebne lastnosti, ki povzročajo nagnjenost k rabi in odvisnosti od psihoaktivnih snovi. Teh lastnosti ni mogoče opredeliti enoznačno, saj obstajajo različne oblike in stopnje odvisnosti od različnih snovi in tudi različni načini njihove rabe. Najverjetneje sta tako izbira psihoaktivne snovi kot način vnosa odvisna od osebnostnih značilnosti posameznika. Številne študije ugotavljajo raznolikost osebnostnih značilnosti, ki so jih raziskovalci ugotovili.

Določene osebne značilnosti so prirojene v večji meri, druge pa pridobljene z vzgojo in drugimi vplivi okolja.

*Pretežno prirojene osebne značilnosti* predstavljajo: nizka frustracijska toleranca, nestabilnost čustev in razpoloženja, izrazito senzitivnost na učinke psihoaktivnih snovi, osebno togost ipd.

*Pretežno pridobljene osebne značilnosti* predstavljajo (Auer, 2001; po Dular, 2007):

- nizka samozavest in pomanjkljiva zmožnost komunikacije; nezmožnosti potolažiti samega sebe v obupu;
- slabša sposobnost z besedami izraziti neprijetna čustva in jih s tem omiliti;
- nezadostni zmožnosti simbolizirati želje in konflikte;

- nezmožnosti samorazvoja ter
- neobičajno uporniški naravi in preziranju socialnih norm.

*Heroinski vedenjski sindrom* omenjajo pri uživalcih heroina (Auer,2001; po Dular, 2007), kjer so - poleg nekaterih zgoraj naštetih - izrazite še naslednje osebnostne lastnosti:

- nezadostna zmožnost obvladovanja stresov in nizka frustracijska toleranca z močnimi potrebami po takojšnji nagraditvi,
- impulzivnost in oslabiljen notranji samonadzor,
- pretiran strah pred neuspehom,
- latentna depresivnost in anksioznost,
- osebnostne poteze pasivne agresivnosti,
- zanesenjaška sanjavost, razvajanost in nagnjenost k lagodnemu iskanju užitkov,
- prirojena senzitivnost na zvezo med zaužitjem droge in dobrim počutjem, ...

Pomembni so tudi še *način iskanja dražljajev in ugodja ter poželenje po drogi*. Poleg teh so močan preddispozicijski dejavnik tudi slabše intelektualne zmožnosti; nižji inteligenčni količnik in kompleksne posledice, ki iz tega izhajajo: slabše sposobnosti obvladovanja izzivov, veliko frustracij in težav v šoli, poklicu, pri navezovanju stikov z drugimi, ...

Na koncu je potrebno še dodati, da ne glede na vse te lastnosti ni jasno določljivega tipa osebnosti odvisnika; zloraba snovi je tako pogosto združena s psihopatologijo, ki ni povezana z osebnostnimi lastnostmi (Auer, 2001; po Dular, 2007).

### **1.4.3 Biološki dejavniki**

Ob dejavnikih tveganja za bolezen odvisnosti se zastavlja pomembno vprašanje: ali imajo nekateri med njimi morda biološko osnovo (Clayton, 1992; po Dular, 2007). Ob predpostavki, da je odgovor pritrdilen, to pomeni, da ta dejavnik tveganja predstavlja preddispozicijo za omenjeno bolezen, saj je pri človeku od rojstva prisoten v obliki genske zasnove.

Avtor Gordis in sodelavci (1990; po Dular, 2007) v svoji študiji potrjujejo, da genetska preddispozicija pomeni leglo tveganja, da bo nekdo zbolel za boleznijo odvisnosti. Postavlja pa se vprašanje, kako se ta preddispozicija povezuje s psihološkimi in sociokulturnimi dejavniki tveganja in zaščite.

Dejavnike tveganja za razvoj boleznij odvisnosti, tako od legalnih kot od ilegalnih drog, je težko primerjati, kljub užitcu različni dostopnosti do drog. Pri ilegalnih psihoaktivnih snoveh je delež ter pomen genetskih, psiholoških in sociokulturnih dejavnikov težje določiti kot pri snoveh, ki so posamezniku lažje dostopne. Kompleksnost problema je neprimerno večja (Anthenelli in Schuckit, 1992; po Dular, 2007).

New York Times je v letu 1990 poročal o odkritju gena (Auer, 2001; po Dular, 2007) za alkoholizem. Izkazalo se je, da stvari niso tako enostavne, a je bil to vendar začetek razvoja, ki je kot enakovreden vzročni dejavnik postavil tudi genske vzroke odvisnosti - ob bok do tedaj prevladujočim razvojnim in socialnim teorijam. Večina raziskav je narejena za odvisnost od alkohola, saj je le to možno preučevati skozi več generacij. O genetskih dejavnikih pri zlorabi drugih drog zaenkrat ni veliko študij. Njihova epidemična zloraba pojavlja šele v zadnjem času. Obstaja le vse več pokazateljev, da so osnovne genetske in biokemične zakonitosti pri odvisnosti od nedovoljenih drog in alkohola podobne. V naslednjih razdelkih si bomo na primeru alkoholizma pogledali, kako so poskušali določiti vpliv bioloških dejavnikov na proučevano bolezen.

Slovenija je bolezen odvisnosti od nedovoljenih drog opredelila kot kronično homeopatsko nevro adaptacijsko motnjo (Todorovič in dr., 2005; po Dular, 2007).

Osnovni načrt družinskih študij pri kompleksnih boleznih vključuje tudi psihobiosocialne značilnosti posameznika, vsebuje primerjavo dejavnikov tveganja, da se bo bolezen pri sorodnikih razvila pogosteje, kot v ostali populaciji, oziroma kontrolni skupini (Pardes in dr., 1989; po Dular, 2007). Zaključki številnih družinskih študij kažejo (Pardes in dr., 1989; po Dular, 2007), da je alkoholizem pogostejši pri sorodnikih alkoholikov, kot pri sorodnikih nealkoholikov. Otroci alkoholikov naj bi bili tri- do štirikrat bolj ogroženi, da bodo postali alkoholiki od vrstnikov z zdravimi starši. Takšni rezultati so zanimivi in nas napeljujejo k

misli, da je za nagnjenost k alkoholizmu kriva genetska preddispozicija. Vendar pri družinskih študijah ne moremo popolnoma izločiti vpliva okolja in vzgoje, zato moramo uporabiti še druge pristope.

Večinoma se avtorji strinjajo, da bolezen odvisnosti od katerekoli psihoaktivne snovi pomeni določeno tveganje, da bo za tovrstno boleznijo zbolel tudi potomec. Niso pa enotni v tem, kakšna je stopnja tveganja in kakšen delež imajo poleg genetskih tudi psihosocialni dejavniki (Wiener, 1990; po Dular, 2007).

## 1.5 RAZVOJ ODVISNOSTI OD PREPOVEDANIH DROG

Psihoaktivne snovi vplivajo na zaznavanje, razpoloženje in doživljanje, dušijo tesnobo in olajšujejo komunikacijo, dajejo simbolično podobo odraslosti in dovoljujejo umik v otroštvo (Tomori: 2000).

Eksperimentiranje z drogami še ne pomeni odvisnosti in v nadaljevanju bomo ugotavljali, kaj je odvisnost. Literatura (Auer, 2001; po Dular, 2007) običajno navaja, da gre za odvisnost, če so prisotni trije (lahko tudi samo dva) od spodaj prikazanih **kriterijev odvisnosti**:

1. Toleranca, ugotovljena na podlagi enega od naslednjih kriterijev:
  - potreba po znatno povečanih količinah psihoaktivne snovi za doseganje zaželenega učinka s strani uporabnikov;
  - pomembno zmanjšanje učinka enakega odmerka psihoaktivne snovi ob nadaljevanju jemanja (stalnem jemanju);
  
2. Odtegnitveni znaki (abstinenčni simptomi) se pojavljajo v eni od naslednjih oblik:
  - značilni znaki odtegnitve psihoaktivnih snovi;
  - preprečevanje odtegnitvenih znakov - uporabniki posegajo po isti (ali sorodni) psihoaktivni snovi z namenom ublažitve nastajajočih kriz;

- pogosto uživalec psihoaktivno snov jemlje v večjih odmerkih ali daljši čas, kot je prvotno nameraval;
- prisotnost trajne težnje ali neuspešno prizadevanje za abstinenco uživanja psihoaktivne snovi, ko si uživalec prizadeva da bi zmanjšal uživanje snovi oz. prevzel nadzor nad njim;
- okupiranost z drogo - zasvojeni porabi veliko energije in časa za to, da si drogo priskrbi, jo uživa in okreva po njeni uporabi;
- prekinitvev ali redukcija pomembnih družbenih osebnih vezi - uživanje drog pripelje do propada poslovnih, šolskih, družinskih in socialnih dejavnosti;
- uživalec nadaljuje z uporabe droge ne glede na velike telesne, duševne ali življenjske težave, ki so posledica uživanja.

Najbolj opazna značilnost bolezni odvisnosti je vztrajanje pri uživanju droge kljub očitnemu slabšanju zdravja. Različni načini uživanja psihoaktivne snovi sčasoma lahko vodijo k oblikovanju določenih vzorcev obnašanja. Sindrom odvisnosti je lahko povezan z eno ali več psihoaktivnimi snovmi.

Odvisnost od psihoaktivnih snovi je lahko psihična ali telesna, lahko pa obojna (Kaplan in Sadock, 1991; po Dular, 2007).

Psihoaktivna snov (PAS) je snov, ki vnesena v telo povzroča spremembe v zavesti in stanju duha. Vse psihoaktivne substance so lahko predmet zlorabe, napačne rabe in psihične ali telesne odvisnosti (Kaplan in dr., 1991; po Dular, 2007).

Primer uživanja psihoaktivnih snovi, je škodljiva raba, ki ima lahko resne fizične, psihične ali socialne posledice. O njej govorimo tako pri odvisnih kot tistih, ki še niso odvisni, a droge uživajo prekomerno ali na kakšen drug škodljiv način (Auer, 2001; po Dular, 2007). Običajno govorimo le o telesnih problemih oseb, ki so posledica škodljivega jemanja droge. Vendar - škodljivo jemanje pa je še vedno pod kontrolo volje, zato se lahko tovrstno rabo zmanjša, če otežimo dostop do drog, ob kaznovanju in izobraževanju uporabnikov (Čuk-Rupnik, 2001; po Dular, 2007). V epidemiološkem smislu je problematična raba vbrizgavanje opiatov, kokaina ali amfetaminov, lahko tudi njihovo kajenje, njuhanje - če je raba dolgotrajna. Razširjenost

odvisnosti in problematične rabe je težko oceniti, saj direktnih metod ni, prizadeti pa jo običajno dolgo prikrivajo (Auer, 2001; po Dular, 2007). Kriterij je sporen tudi zato, ker je izredno težko določiti prehod v sindrom odvisnosti (Kaplan in dr., 1991; po Dular, 2007).

Toleranco definira zmeraj večja potreba po psihoaktivnih snoveh za dosego enakega učinka. Različni ljudje so ob jemanju enakih količin psihoaktivnih snovi različno tolerantni - ta sposobnost je najverjetneje prirojena (Taschner, 2001; po Dular, 2007). Pri večini drog se s ponavljajočo rabo večja toleranca (neobčutljivost) za nekatere učinke droge. Pri heroinu npr. se zmanjšujeta depresija dihanja ter evforični učinek - za dosego istega prijetnega učinka so potrebni vedno višji odmerki (Čuk-Rupnik, 2001; po Dular, 2007).

Določitev sindroma odvisnosti je mogoča, če povežemo fiziološke, vedenjske in kognitivne dejavnike, ki enoznačno opredeljujejo bolezen odvisnosti. Odvisnost je proces, ki se razvija in pogloblja. Čim več prisotnih kriterijev je izpolnjenih, hujša je. Želja posameznika po užitju psihoaktivne snovi je osnovna deskriptivna značilnost tega sindroma. Le ta običajno prehaja v kompulzijo. Ugodni učinki drog prevladujejo v začetnih obdobjih; ko zasvojeni potrebuje za dosego enakega učinka vedno več droge se pojavijo tudi prvi odtegnitveni simptomi; uživalec se prične zavedati nevarnosti ter poskuša omejiti rabo. Pri tem se pogosto pojavljajo občutki krivde, ki pa običajno vodijo v povečevanje, ne pa v zmanjšanje uživanja. Za polno razvito odvisnost je značilna popolna okupiranost z drogo, ki je pogosto povezana z razpečevanjem, s krajami, seksualnim delom (prostitucijo) ipd. Droge odvisnik ne jemlje več zgolj zaradi užitka, temveč tudi zato, da bi preprečil odtegnitveno krizo. Pogosto zaradi tega začne uživati še druge droge (bolj dostopne medikamente) in alkohol. Najbolj opazna značilnost nastajajoče bolezni odvisnosti je ta, da uživalci vztrajajo pri jemanju droge, kljub očitnemu slabšanju zdravja (Auer, 2001; po Dular, 2007).

Za ocenjevanje stopnje odvisnosti, upoštevamo pogostost uživanja, vrsto, količino droge in način jemanja (kajenje, njuhanje, vbrizgavanje) ipd. Loči se tudi bolj ali manj uničevalno uživanje (kajenje ali njuhanje, zmerni odmerki, sveže igle so manj tvegani). Z zdravstvenega vidika so to seveda res manj tvegani načini, zmotno pa je mnenje, da ne vodijo v odvisnost (Auer, 2001; po Dular, 2007).

Veliko oseb napačno ocenjujejo kot odvisnike zgolj zato, ker droge uporabljajo pogosto ali v velikih količinah. Določeni posamezniki, ki uživajo droge v velikih količinah, so res odvisni, nekateri pa niso. Ocena je zelo pomembna, ker pomeni osnovo za diferencialno diagnozo (škodljiva raba in odvisnost se razlikujeta). Toleranca skupaj z odtegnitvenimi težavami štejemo med fiziološka merila odvisnosti, saj se z njimi izražajo spremembe v avtonomnem in visceralnem sistemu ter delovanju možganov. Druga ali psihosocialna merila so postavljena v okvir »motene kontrole nad uporabo droge« in kot nesposobnost prenehanja uporabe navkljub neugodnim posledicam. Psihosocialna merila so tista, ki pri odvisnem posamezniku kažejo na spremembe v kemiji možganov. Toleranca niti odtegnitvene težave niso dovolj, da se razvije odvisnost. Najpomembnejša je ugotovitev, da nekatere osebe lahko uživajo velike količine psihoaktivnih snovi v daljšem obdobju in nato prenehajo z uporabo brez strokovne pomoči, pravzaprav obstajajo osebe, ki psihoaktivne snovi lahko škodljivo uživajo, niso pa od njih odvisne (Čuk-Rupnik, 2001; po Dular, 2007).

Raziskovalci se strinjajo, da kljub različnim učinkom drog na telo, lahko pomanjkanje endorfinov, ki spadajo med telesu lastne opiate, povzroči nagnjenost ali tveganje za razvoj bolezni odvisnosti (Blum, 1984; po Dular, 2007). Avtorji (Koob in Goeders, 1989; po Dular, 2007) ugotavljajo, da neurotransmitter dopamin ojača doživljanje učinkov psihomotoričnih stimulansov.

Ob povzetku zapisanih ugotovitev, lahko ugotovimo, da so bolezni odvisnosti skupina možganskih motenj, pri katerih nastane motena kontrola nad iskanjem in uživanjem drog kot posledica trajnih sprememb v možganski kemiji in strukturi nevronov, kar je posledica pojavljanja stika z drogo ob močnem genetskem vplivu (Čuk- Rupnik, 2001; po Dular, 2007).

Sproženje procesa odvisnosti, se pogojuje z aktiviranjem "poti užitka" v možganih. Pot poteka od možganskega debla skozi hipotalamus do različnih mest, ki so povezana s čustvi, motivacijo, nagrajevanjem in sprejemanjem odločitev (Čuk- Rupnik,2001; po Dular, 2007).

Definiranje odvisnosti v novejšem času upošteva tudi biološke dejavnike. Odvisnost se obravnava kot kompulzivno vedenje, ne glede na odtegnitvene simptome. Definiramo jo lahko kot vedenjski vzorec nenehnega in prevladujočega uporabljanja droge. Odvisnik je



oseba, ki ga neka droga ali dejavnost tako prevzame, da postane središčna točka v njegovem življenju (Nolimal,2001; po Dular, 2007).

Vedenjsko usmerjeni raziskovalci (Stolerman,1992; po Dular, 2007) boleznih odvisnosti so principe pogojevanja, učenja in motivacije združili s farmakološkimi značilnostmi boleznih odvisnosti. Ugotovili so želeli temeljne principe, ki povezujejo kemične učinke in vedenje ob uporabi psihoaktivnih snovi. Večina zlorabljenih drog povzroča učinke, ki jih uživalec doživlja kot pozitivne okrepitve svojega vedenja. Nastanejo spremembe vedenja uživalca z močno tendenco ohranjanja in krepitev še naprej. Vpliv večine drog je ojačanje določenega vedenja ne glede na psihosocialne okoliščine, ki jim je uživalec izpostavljen. Kaže se, da je potrebno največji skupni imenovalec boleznih odvisnosti iskati prav v nevrobioloških značilnostih delovanja možganov in v lastnostih posameznih psihoaktivnih snovi.

Odvisnost ni le bolezen možganov, temveč motnja, pri kateri je pomembno, v kakšnem socialnem okolju se je pojavila. Ta dejavnik se izpostavlja ob primerih številnih vojnih veteranov iz Vietnama, katerih odvisnost od heroina je bilo mogoče v domačem okolju dokaj hitro ozdraviti. Nasprotno je pri ljudeh, ki stalno živijo v slabih socialnih razmerah, odvisnost težko dostopna za kakršnokoli zdravljenje (Čebašek-Travnik, 1999; po Dular, 2007).

Abstinenčni sindrom se pojavi, ko je snov tako vključena v telesni metabolizem uživalca, običajno po kronični uporabi, da včasih nastopi nevarna vegetativna reakcija, če le ta drogo preneha uporabljati. Pri nekaterih psihoaktivnih snoveh je lahko abstinenčna kriza tudi smrtno nevarna. Kriza je lahko telesne ali psihične narave (Čebašek-Travnik,1999; po Dular, 2007).

Povsem na mestu je ugotovitev, da je vzrokov odvisnosti toliko, kolikor je posameznikov, kljub temu pa lahko izpostavimo nekatere tipične značilnosti. Dejstvo je, da je adolescenca tisto obdobje, v katerem največ mladostnikov pride v stik z drogo. Kar 90 odstotkov slovenskih heroinskih uživalcev je navedlo kot prvo drogo v adolescenci marihuano (Kastelic in Mikulan 2004). Seveda ne moremo reči, da vsi, ki so kadili in kadijo marihuano, so ali postanejo kasnejši intravenozni odvisniki. Raziskave prav tako govorijo, da so imeli isti odvisniki tudi problem s pretiranim opijanjem in z odvisnostjo z nikotinom, pa danes ti dve drogi nihče ne povezuje s kasnejšim uživanjem prepovedanih drog (Soer in dr., 1997; po Dular, 2007).

Adolescenca je zelo občutljivo obdobje posameznika; je obdobje, ko mladostnik/ca razvija svojo identiteto, avtonomnost, vzpostavi odnos do svoje spolne vloge in se odloča, kaj bi lahko v življenju počel. Družino kot vzor nadomestijo vrstniki. Oni so sedaj tisti, ki mu sporočajo, kako se naj vede, obleče, kaj je primerno in sprejemljivo za družbo. Mladostniki v tem obdobju začnejo prevzemati odgovornost za svoja dejanja, pri iskanju svoje ustrezne spolne vloge in vzpostavitve odnosa do nasprotnega spola marsikateri od njih postane zbežan in zmeden. Zaradi različnih interesov in obveznosti do šole, družine pridejo v konflikt pri planiranju pristočasnih dejavnosti in obveznosti. Postopoma začno dejavno načrtovati svoj prosti čas, ki je namenjen iskanju tistih dejavnosti, ki jim godijo in s tem zadovoljujejo tudi svoje potrebe po prijetnem in ustvarjalnem po njihovi izbiri (Kastelic in Mikulan 2004). Na ta način vzpostavljajo dinamično notranje ravnotežje, ki je tako zelo pomembno pri vsakodnevnem delovanju. Srečujejo se s svojimi hotenji, željami, obveznostmi ... včasih so pri tem sprejeti, uspešni ali pa tudi ne. Doživljajo občutke sreče, veselja, razočaranja, jeze, žalosti. Sprejemanje takih občutkov niti za odraslega ni enostavno, kaj šele za mladostnike, ki si utirajo pot v samostojnost. Kako bodo reagirali je odvisno od vrednot in pravih odločitev, ki so jih do sedaj pridobivali in sprejemali.

Na dolgi poti vzpostavitve notranjega ravnovesja imajo v zgodnjem obdobju življenja pomembno vlogo tudi naši najbližji, družina (Tomori 2000). Družina igra pomembno vlogo pri razvoju odvisnosti. Govorimo o funkcionalni družini, ki posamezniku že od malih nog naprej privzgoji različne vrednote. Te vrednote bodo igrale vlogo pri njegovih pravih odločitvah. Govorimo o vrednotah kot so: poštenje, odkritost, zdrav stil življenja in še bi lahko naštevali. V funkcionalni družini bodo te vrednote družbeno sprejemljive in bodo tako igrale pomembno vlogo pri samouresničevanju, samo potrditvi posameznika (Kastelic in Mikulan 2004).

Na tem mestu lahko omenimo tudi več drugih teorij, ki razlagajo in iščejo vzroke odvisnosti: psihološka, sociološka in biološka. Dejstvo je, da moramo pri obravnavi odvisnosti upoštevati splet vseh dejavnikov (Tomšič, 2004; po Dular, 2007).

Kastelic (2004) navaja pet faz, ki so pomembne za nastanek odvisnosti. Seveda so mnogokrat

prehodi iz ene v drugo fazo nejasni in se lahko pri posameznikih razlikujejo.

1. **Faza eksperimentiranja** je faza prvega stika z drogo ali pa le pripadnost družbi, ki uživa drogo in najstnika napeljuje na uporabo droge.
2. **Faza socialne rabe** pomeni uživanje droge v raznih okoliščinah, ko želijo posamezniki pripadati določeni subkulturi. Mladostniki že zaznavajo spremembe v svojem vedenju in razpoloženju, vendar se negativnih posledic in motenj, še ne zavedajo, čeprav se že lahko pojavijo prvi preveliki odmerki.
3. **Faza instrumentalne rabe**, droga je instrument s pomočjo katere uživalci načrtno vplivajo na svoja čustva in vedenje. Ključno za to fazo je iskanje posebnih čustvenih in/ali vedenjskih stanj. Razlog za jemanje droge so lahko hedonistični (užitkarskih) ali kompenzacijski (prežene ali prebrodi negativna čustva ali stresne situacije) razlogi.
4. **Habitualna faza**, pojavijo se prvi znaki bolezenske odvisnosti, uživanje droge je pogostejše. Kljub želji obvladovati drogiranje, jim tega ne uspe. Uživalec se že zaveda odvisnosti, toleranca raste, pojavijo se tudi odtegnitveni znaki.
5. **Kompulzivna faza-stanje obsedenosti z drogo**, odvisnost je razvita. Kljub temu, da občasno še želi nadzorovati uživanje droge, mu to ne uspeva, kar pa niža njegovo samospoštovanje. V takem stanju pogosto razmišlja o samomoru, kar tudi poskuša. Propad tako v telesnem, psihičnem in socialnem smislu je viden. Odvisnost in začetek poti, ki je negotova in na žalost za marsikaterega uživalca tudi usodna (Kastelic in Mikulan 2004).

## **2. ŽENSKÉ IN ODVISNOST OD PREPOVEDANIH DROG**

### **2.1 ŽENSKÉ IN PREPOVEDANA DROGA**

Sodobna družba je skupnost, v kateri med drugim vladajo različne odvisnosti. S pravno političnega vidika govorimo o legalnih in nelegalnih drogah, s socialnega vidika govorimo o drogah, ki služijo kot pomembno komunikacijsko sredstvo, torej govorimo o bolj ali manj socialnih drogah, ki prinašajo večjo ali manjšo stigmo, z medicinskega vidika o drogah, ki so za tiste, ki jih uživajo, bolj ali manj nevarne in ki prej ali kasneje privedejo človeka v odvisnost. Droge bi lahko razdelili na tiste, ki človeku, ki jih uporablja, prinesejo etiketo nemoralnosti, ali pa na tiste, ki iz simbolnega vidika dajejo človeku status okuženosti in kontaminiranosti. Večina legalnih in nelegalnih drog spreminja svoj status, pa tudi status tistega, ki jih uporablja glede na to, ali jih uporablja moški ali ženska in glede na to, kakšne socialne definicije so v določenem času in v določeni kulturi pripenjajo na biološke razlike med spoloma (Zaviršek 1994: 182). Izražanje človekovih stisk in trpljenja je kulturno določeno. V določenih zahodnih kulturah se kažejo predvsem kot odvisnost od legalnih in ilegalnih drog ter odvisnost od ljudi. Odvisnosti niso ločene le prek kulture, temveč tudi prek spolov. Za ženske in moške so značilni različni vzorci ravnanja, ki se jih običajno pripisuje različnim naravam. Če obstajata ženska in moška narava, obstajata tudi odvisnost moških in odvisnost žensk (Zaviršek 1994: 180).

Dr. Zavirškova v knjigi *Ženske in duševno zdravje* (1994) piše o štirih temeljnih značilnostih ženskih socializacijskih vzorcev, ki jih je potrebno upoštevati pri vprašanju odvisnosti in sicer, da posameznica prepozna sebe preko tesnih odnosov z drugimi ljudmi, postavlja lastne potrebe za potrebe drugih ljudi, nizka samozavest ženskam preprečuje, da bi iskale prostore, v katerih bi lahko zadovoljile lastne potrebe in jih spodbuja v iskanju krivde v sebi za stvari, ki gredo narobe. Prepoved izražanja jeze povzroča, da se ženske v konkretnih situacijah ne naučijo odkrito izraziti se, namesto tega pa se v njih pogosteje pojavlja elementarni dvom vase ter občutek nesposobnosti, povezan s strahom pred odkrito izraženim konfliktom. Te posledice ženskega socializacijskega vzorca lahko privedejo do odvisnosti od substanc in odnosov (Soltau, 1988; po Zaviršek, 1994) govori o vdanosti žensk v vsakdanjo

realnost, navajenost ravnanja po predpisanih vzorcih vedenja, razmišljanja in čustvovanja. Notranji konflikt ki nastaja v njih usmerjajo proti sebi. Uživanje drog je le zunanji izraz specifičnega odnosa do sebe in do zunanjega sveta. V nadaljevanju avtorica navaja, da so ženske pogosteje odvisne od tistih drog, ki so družbeno sprejemljivejše in ki ne prinašajo deviantnega socialnega statusa. Vprašanje pa je, kaj se zgodi posameznici, ki je odvisna od droge, ki v polju spolnih stereotipov velja za »moško« drogo (prepovedane droge, alkohol).

Elizabeth Ettorre (1992; po Zaviršek, 1994) utemeljuje, da je heroin že v svojem etimološkem izvoru vezan na »moškost«, pomeni namreč herojskost, mogočnost. Obstaja velika verjetnost, da bo stopnja socialne izključenosti do ženske uživalke »moške« droge drugačna kot pri moškemu uživalcu. V ZDA med ženskami odvisnost od heroina narašča, v Veliki Britaniji je od celotne populacije, ki je odvisna od heroina, tretjina žensk (Ettorre, 1992; po Zaviršek, 1994), po nemški statistiki je bilo med uživalci heroina 40% žensk (Brakhoff 1989; po Zaviršek, 1994) V Sloveniji je po raziskavi iz leta 1992 v skupini 1029 srednješolcev poizkusilo heroin 1. 3 % deklet in 1. 7 % fantov, med evidentiranimi uživalci heroina pa je približno tretjina žensk (Kastelic in Mikulan 2004: 18)

Droge, ki moške stigmatizirajo kot odvisneže, v simbolnem smislu kot okužene, stigmatizirajo ženske tudi kot tiste, ki prav zaradi svoje spolne vloge lahko kontaminirajo ne le svoje telo, temveč tudi otroke in okolico. Ženska odvisnost postane praviloma ne le vprašanje legalnosti in medicinske sprejemljivosti, temveč moralno vprašanje, ki reproducira dvojno etiketiranje prizadetih. (Zaviršek 1994: 184) Ob tem je ponovno razvidno, da je potrebno žensko odvisnost razumeti v skladu s socialno vlogo, ki se pripisuje ženski z razliko os socialne vloge, ki se pripisujem moškemu. E. Ettorre (1992; po Zaviršek, 1994) utemeljuje, da so vzroki za odvisnost žensk drugačni, sama odvisnost pa je pogosteje pojmovana kot socialni problem, ki se vpliva na porušenje družinskih razmer, pogosteje je izpostavljena moralnim etiketam.

Dr. Zavirškova (1994) v poglavju »Odvisnost kot socialni problem in kot moralna stigma« utemeljuje, da je odvisnost povezana s čustvi posameznice, s konkretnimi dogodki v njenem življenju, z njeno preteklostjo in z vzorci, ki jih je pridobila v času svojega odraščanja, za nekatere je vzrok povezan s travmatičnimi izkušnjami v otroštvu in mladosti. Odvisnost je

odgovor na situacije, ki se zdijo nerešljive, ali pa odgovor na žalost, jezo in druge občutke, ki jih posameznica ima in jih z odvisnostjo potisne. Odvisnost pri ženskah je močno povezana s samopodobo posameznice, občutkom samozavesti in lastne vrednosti.

Po besedah Silke Bercht (1993; po Zaviršek, 1994), je odvisnost poizkus jaza, da si zagotovi lastno bivanje in lastne meje.

Po besedah Elizabeth Ettorre (1992; po Zaviršek, 1994) so razlogi za odvisnost žensk, ki uživajo različne substance, pogosto različni od moških in da je odvisnost prvih pogosteje pojmovan kot socialni problem. S tem je močno povezana tudi večja stopnja stigmatizacije, posledično tudi težnja po izolaciji, občutki krivde, nizko samospoštovanje in občutek drugačnosti. Skozi navedeno se to posledično kaže v pogostejšem kriminalu, suicidalnih težnjah, samouničevalnem vedenju. Uporaba drog je potem kreacija specifičnega sistema preživetja, ki se prenaša skozi rodove.

Številne ženske, ki uživajo prepovedano drogo, vsaj v začetku zaradi tega nimajo resnejših težav. Od časa do časa doživijo kaj neprijetnega v zvezi s tem, drogo jemljejo na bolj ali manj ogrožajoč način, občasno pa razmišljajo o prenehanju jemanja. Mnoge so pogosto depresivne ali tesnobne. Začenjajo verjeti, da brez droge ne zmorejo več živeti. Svoje težave rešujejo tako, da občasno zmanjšujejo odmerke in pogostnost jemanja drog. Za veliko žensk, ki imajo težave z alkoholom, legalnimi, prepovedanimi drogami, je težava, da imajo manj možnosti, da odločajo o svojem življenji, delu, imajo manj možnosti, da spregovorijo o svojih težavah in stiskah (Wewers 1999).

Pri tem pa ugotovijo, da so postale telesno in duševno odvisne, tako, da svojih težav ne obvladajo več same. Največ težav imajo z bližnjimi in najdražjimi, šolo, delom, denarjem, razmišljanju o sebi in občutenju sebe in drugih.

Ženske, ki jemljejo droge, imajo več možnosti za okužbo z virusi HIV in hepatitisom. Te se širijo s souporabo pribora za vbrizgavanje, s čimer izpostavljajo nevarnosti sebe in tudi svoje nerojene otroke. Ženske, ki imajo spolne odnose z moškimi, ki si vbrizgavajo droge, ali spolno občujejo brez zaščite, si povečajo možnost okužb.

To, da poiščejo pomoč, še ne pomeni rešitev vseh težav, včasih je to način za najlažjo pot do rešitve težav. Najti pravo osebo in pravi program zase, je lahko ključ do uspeha. Doseganje

tistega kar si želijo, lahko traja dolgo časa, zato pa je včasih potrebno poizkusiti večkrat, vedno znova in z veliko mero strpnosti s samo sabo (Kastelic in Zver 1999: 7).

## **2.2 RAZLIKE MED SPOLOMA GLEDE UŽIVANJA PREPOVEDANIH DROG**

Različne prepovedane droge imajo različne učinke, dodatno k temu pa moramo upoštevati tudi poti vnosa droge, odmerke in sočasno uporabo drugih drog. Opredeljevanje razlik med spoloma pomeni predvsem biološke razlike; ženske imajo, v primerjavi z moškimi, denimo nižjo stopnjo tolerance za alkohol in lahko, kljub zaužitju manjših količin, doseže stopnja alkohola v krvi enake vrednosti kot pri moških. Stanje je podobno, ko govorimo o različnih učinkih prepovedanih drog glede na spol uživalca (Lovrečič in dr., 2004; po Dular, 2007).

V primerjavi z moškimi se uživanje prepovedanih drog različno zrcali na zdravju žensk (npr. glede na: vrsto droge, način življenja, izraženih pridruženih duševnih motnjah), zato je obravnavo in zdravljenje žensk smiselno prilagoditi njihovim potrebam. Razmerje med odvisnimi moškimi in ženskami je v povprečju tri proti ena (Lovrečič, 2004; po Dular, 2007). Danes še ni popolnoma raziskano, zakaj moški v primerjavi z ženskami pogosteje posegajo po prepovedanih drogah. Nekateri strokovnjaki utemeljujejo to z večjim ponotranjenjem čustev in stresov pri moških na eni strani ter večjo bojznijo pred ožigosanostjo in pred kriminalnimi dejanji pri ženskah na drugi strani (Lovrečič, 2004; po Dular, 2007). Ženska uživalka prepovedane droge je dvakrat ožigosana: kot odvisnica in ker je ženska, ki uživa droge (Zaviršek, 1992; po Dular, 2007). Večina žensk, ki uživajo heroin in kanabis, pogosto prvič uporabi prepovedano drogo na pobudo moškega, ki je v večini primerov njen partner. Ženske danes sorazmerno pogosto posegajo po prepovedanih drogah (Lovrečič, 2004; po Dular, 2007).

Raziskave tudi kažejo (Nelson-Zlupko in dr., 1995; po Dular, 2007), da se ženske, odvisne od kemičnih substanc razlikujejo od moških v specifičnih lastnostih, kot so: vzorci jemanja drog, psihosocialne karakteristike in fiziološke posledice uporabe drog. Klinične izkušnje in

raziskave kažejo, da so ženske odvisnice od drog, v veliko življenjskih navadah bolj podobne z ženskami, ki od drog niso odvisne, kot pa z moškimi odvisniki od substanc. Obstoječe razlike med spoloma zahtevajo previdnost pri planiranju in pri nudenju postopkov (programov) zdravljenja. Poročila in ugotovitve avtorjev kažejo, da veliko odvisnih žensk pogosto prihaja iz družin, kjer je eden ali več članov odvisnih (Nelson-Zlupko in dr.,1995; po Dular, 2007).

Skupine žensk, odvisnih od prepovedanih drog si podobne v življenjskih izkušnjah, v katere so vključene tako fizične kot seksualne zlorabe, ob vplivih socialno-ekonomskih pomanjkljivosti in problemih povezanih z medosebnimi odnosi (Nelson-Zlupko in dr.,1995; po Dular, 2007). Poročajo o številnejših zlorabah kot pa moški. Odvisne ženske vseh ras, socialno-ekonomskih in izobrazbenih razredov so - za razliko od odvisnih moških - prikrajšane za pozicije moči, statusa in ekonomske varnosti (Nelson-Zlupko in dr.,1995; po Dular, 2007). Odvisnice od drog in mnoge druge v težkih razmerah, izražajo občutke nemoči in nezmožnosti za spremembo življenjskih razmer (Nelson-Zlupko in dr.,1995; po Dular, 2007). Iz študij je razvidno, da imajo takšne razmere determinirane psihološke in socialne vplive na ženske. Ženske, ki so vedno znova pri svojem preživetju postavljene na položaj odvisnosti od drugih, razvijejo nižjo samozavest in samospoštovanje pri sprejemanju odločitev in se počutijo nemočne glede svoje prihodnosti (Nelson-Zlupko in dr.,1995; po Dular, 2007).

Preko žensk - odvisnih od drog se na različne načine preslikava odvisnost in ponižnost vseh žensk v družbi. V življenju se pogosto srečujejo s številnimi travmami in nimajo možnosti za razrešitev teh neugodnih razmer. Za mnoge ženske je zaradi tega uporaba nedovoljenih drog način spoprijemanja z represivnimi pogoji v okolju. Na žalost uporaba drog omogoči le začasno olajšanje in sčasoma že obstoječe probleme odvisnih žensk samo še poveča.

Po podatkih SAMSHA (National Survey od Drug Use and Health) je v ZDA v letu 2003 kar 15.2 milijona žensk in 19.8 milijona moških uživalo nedovoljene droge. Moških uporabnikov nedovoljenih drog je v Kanadi dvakrat več kot ženskih uporabnic (EMCDDA 2006)

Ženske so v Sloveniji med 1991 in 2002 glede na moške uživalce drog v posameznih spremenljivkah bolj tvegane uporabnice. Pri prvi obravnavi zaradi težav z drogami so ženske



mlajše kot moški (21 let) in imajo v povprečju 18 let. Ženske pogosteje živijo s partnerjem oziroma s prijatelji, veliko več jih živi tudi z uživalcem drog v primerjavi z moškimi. Kot druga droga je pri ženskah pogosteje prisoten alkohol (Lovrečič in dr.,2004; po Dular, 2007).

Vse zgoraj navedeno potrjujejo tudi zadnji podatki iz poročila Inštituta za varovanje zdravja RS iz leta 2007, kjer Barbara in Mercedes Lovrenčič (2007) v prispevku “ Ugotavljanje in primerjava kliničnih ter socialno-demografskih značilnostih med zasvojenimi s heroinom po spolu” navajata da je uporaba heroina je višja med moškimi v primerjavi z ženskami, obstajajo tudi klinične razlike med spoloma. Vzorec raziskave avtoric je sestavljalo 611 odvisnih od heroina, ki so bili naključno izbrani. Med njimi je bilo 481 moških in 130 žensk, ki so iskali zdravniško pomoč zaradi težav s heroinom v dveh ambulantnih CPZOPD na Primorskem. Raziskava je bila presečnega tipa, podatki pa so bili zbrani s strukturiranim instrumentom AbSo, ki smo ga uporabili pri intervjuju. Podatki so bili obdelani in analizirani s pomočjo programa Stata (Lovrečič 2004).

Ni bilo statistično značilnih razlik med obema spoloma glede na njihove socialne stike, šolanje, zaposlitev in telesne težave. Ženske so imele statistično značilno več psihičnih simptomov, kot so tesnoba, motnje razpoloženja, motnje tako in avtoagresivnosti v primerjavi z moškimi. Moški so bili statistično značilno bolj pogosto obravnavani zaradi težav z zakonom, zaradi preiskovalnega postopka v teku in so bili bolj pogosto že obsojeni v primerjavi z ženskami.. Ženske imajo redkeje težave z zakonom, redkeje zlorabljuje PAS v primerjavi z moškimi, ženske tudi redkeje zlorabljuje heroin. Pri ženskah se pogosteje pojavlja reaktivni tip odvisnosti v primerjavi z moškimi, vendar pri obeh spolih prevladuje metabolni tip. Ženske imajo bolj pogosto dodatne psihične težave, ki vplivajo na obliko zdravljenja. Analiza podatkov Evidence obravnave uživalcev drog za obdobje od leta 1991 do 2003 kaže, da ženske v Sloveniji glede na povprečno starost zdravstveno pomoč zaradi težav s prepovedanimi drogami iščejo prej kot moški in so ob vstopu v zdravstveno obravnavo mlajše (v povprečju so stare 21 let).

V primerjavi z moškimi so ženske v povprečju mlajše tudi takrat, ko prvič uporabijo primarno drogo ali si prvič vbrizgavajo drogo. Zdravstveno pomoč tako kot moški večinoma iščejo zaradi heroina kot primarne droge, opazen pa je trend naraščanja povpraševanja po

zdravljenju zaradi problematične uporabe kanabisa pri ženskah (Lovrečič 2004).

Število žensk v obdobju od 1991 do 2003, ki iščejo zdravstveno pomoč v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog, niha. Delež žensk je v enakem obdobju najnižji leta 1991 (14,3 %) in najvišji leta 1992 (25,8 %) (*ibid*). V letih 1999, 2000 in 2001 v primerjavi z letom 1998 prvo povpraševanje po zdravljenju pri ženskah rahlo upada. Delež žensk med prvimi iskalci pomoči niha, v letu 2002 je od skupno 115 528 prvih iskalcev pomoči 26,1 % žensk prvič iskalo pomoč zaradi težav z drogami, v letu 2003 se število prvih obravnav zmanjša na 504 primerov v primerjavi z letom prej, delež žensk pa znaša 24,2 %. V povprečju za vsa leta predstavljajo ženske približno eno četrtno novih strank (*ibid*). Povprečna starost žensk, ki prvič iščejo zdravstveno pomoč od leta 1991 do 2002, znaša 21 let. Do leta 1995 je bila povprečna starost žensk nekoliko višja, od leta 1996 do 2000 pa se giblje med 20. in 21. letom. Če te podatke primerjamo z moško populacijo, ženske v Sloveniji glede na povprečno starost iščejo pomoč v centrih prej kot moški, povprečna starost pri moških je 23 let. Uporabnice prepovedanih drog, ki prvič iščejo zdravstveno pomoč, so ob prvi uporabi primarne droge v povprečju stare 18 let in so mlajše v primerjavi z moškimi. Povprečna starost ob prvi uporabi katere koli prepovedane droge je za oba spola 16 let. Najnižja povprečna starost je bila glede na podatke prvega zdravljenja pri ženskah zabeležena v letu 2002 (15,6 leta) (*ibid*).

V obdobju od 1991 do 2002 imajo prvič obravnavane uporabnice prepovedanih drog v zdravstvenem sistemu v Sloveniji glede na primerjavo posameznih spremenljivk z moškimi večje tveganje. Glede na povprečno starost ob prvi obravnavi zaradi težav z drogami so ženske v primerjavi z moškimi mlajše (21 let), kar pomeni, da zdravstveno pomoč poiščejo prej kot moški, pri ženskah beležimo tudi nižjo povprečno starost ob prvi uporabi primarne droge (18 let). Tudi pri trajanju redne uporabe droge so povprečne starosti glede na podatke prvih zdravljenj pri ženskah nižje. Ob prvem vbrizgavanju droge so v povprečju ženske stare 19 let, moški si drogo vbrizgavajo leto kasneje in so ob prvem vbrizgavanju droge v povprečju stari 20 let. Ženske pogosteje živijo s partnerjem oziroma s prijatelji in veliko več jih živi tudi z uporabnikom drog. Kot druga droga je pri ženskah pogosteje prisoten alkohol.

Podatki od leta 1991 do 2002 pri prvih obravnavah kažejo na višji delež žensk (70 %), ki si drogo vbrizgavajo, v primerjavi z moškimi (67,3 %). Kadi/inhalira več moških kot žensk, v

povprečju tudi njuha več moških (10,4 %) kot žensk (7,5 %). Vsak dan si v povprečju vbrizgava drogo več moških kot žensk, medtem ko si 1x tedensko ali 2-6 dni na teden drogo vbrizgavajo pogosteje ženske kot moški (*ibid*).

V letu 2003 je bilo obravnavanih 504 novih primerov, od tega 122 žensk (24,2 %) in 382 moških. Povprečna starost žensk ob prvi obravnavi je bila 21,9 let, pri moških pa 23,7 let. Večina žensk je prišla v obravnavo sama ali pa so bili vir njene napotitve družina oz. prijatelji. V primerjavi z deleži moških glede na celoto jih večina od njih živi s starši ali pa same s partnerjem. 65 žensk ima status dijakinje ali študentke, 43 je nezaposlenih oz. delajo samo občasno. 32 od vseh prvič obravnavanih žensk ima končano srednjo šolo. V letu 2003 si je drogo vbrizgavalo 21,2 % žensk, 15,4 % od njih je pri zadnjem vbrizgavanju souporabljal iglo. Kdajkoli je vbrizgavalo drogo 46 žensk (20,8 %), 26,1 % (54) prvič obravnavanih v letu 2003 ni droge nikoli vbrizgavalo. 31 % je imelo v več kot zadnjih 12 mesecih stalnega partnerja, 33 žensk je navedlo 2 in več spolnih partnerjev. 26,8 % žensk pri zadnjem spolnem odnosu ni uporabilo kondoma, 17,3 % žensk je imelo spolnega partnerja, ki si ne vbrizgava drog. 16,1 % žensk je že bilo kdajkoli obravnavanih zaradi drog na policiji. Večina jih glede na vrsto obravnave še ni prejela metadona kot nadomestnega zdravljenja (*ibid*).

Trend prvih iskalcev zdravstvene pomoči zaradi heroina je v obdobju od leta 1994 do 2002 pri obeh spolih v upadu, v obdobju od leta 1991 do 1994 pa je za oba spola nihalo. Medtem ko se delež žensk, ki prvič iščejo zdravstveno pomoč zaradi kanabisa, od leta 1996 povečuje, je pri prvih iskanjih pomoči zaradi heroina z letom 1997 opazen trend upadanja (88,0%), ki v letu 2002 doseže najnižje deleže (65,9 %) prvih iskalk zdravstvene pomoči zaradi heroina. Trajanje redne uporabe heroina kot glavne droge je pri ženskah v povprečju 19 mesecev, pri moških pa 23 mesecev. Prvo zdravljenje zaradi težav s kokainom kot glavne droge se po posameznih letih pojavlja neenakomerno. V večini gre samo za nekaj posameznih primerov, vendar je bolj pogosto pri ženskah. V zadnjih letih je povečanje povpraševanja po prvem zdravljenju zaradi kanabisa na evropski ravni opazno tudi v Sloveniji.

Od leta 1996 do 2002 je opazen naraščajoči delež žensk, ki prvič prihajajo v centre zaradi težav s kanabisom kot 116 primarno drogo. Delež moških prvih iskalcev pomoči v centrih zaradi kanabisa v obdobju od 1991 do 2002 niha (porast je opazen predvsem v obdobju od

leta 1997 do 2000). Uporaba kanabisa kot primarne droge pred prvim vstopom v program je pri moških 24 mesecev, pri ženskah pa 16 mesecev. Od prve uporabe kanabisa do vstopa v program v povprečju pri ženski traja 3 leta, pri moškem pa 3,2 leta (*ibid*). Če podatke primerjamo z moško populacijo, ugotovimo, da je glavna droga, zaradi katere moški iščejo pomoč v centrih tako kot pri ženskah heroin. V nekoliko manjši meri moški iščejo pomoč zaradi kanabisa, prisotne pa so druge prepovedane droge, ki pri ženskah niso tako pogoste (npr. LSD) (*ibid*) (Lovrenčič 2007: 114-118).

### **2.3 PSIHOSOCIALNE KARAKTERISTIKE ŽENSKÉ UŽIVALKE DROG**

Ženske, odvisne od drog, pogosteje prihajajo iz družin, v katerih so se droge - pri enem ali več družinskih članih - uporabljale kot sredstvo za spopadanje s problemi. Ugotovili so (Nelson-Zlupko in dr.,1995; po Dular, 2007), da so ženske pogosteje kot moški v zvezi s partnerjem, ki je tudi odvisen od drog. Ženske, odvisne od drog, so imele v svojih primarnih družinah pogosteje preveč odgovornosti in študije nakazujejo, da so v svojih družinah doživele več motenj kot moški (Nelson-Zlupko in dr.,1995; po Dular, 2007).

Imele so odgovornost in skrb za mlajše otroke ali ostale člane v družini in pogosteje kot od drog odvisni moški, ob sebi niso imele nekoga, ki bi jih pri zdravljenju podpiral. Dejansko veliko žensk, odvisnic od drog, ni imelo podpore s strani družinskih članov, ker je njeno morebitno zdravljenje predstavljalo grožnjo, da ženska v času trajanja tega procesa ne bo skrbela za družino (Nelson-Zlupko in dr.,1995; po Dular, 2007).

Ženske odvisnice od kemičnih substanc v povezavi s stresorji izhajajočimi iz medosebnih odnosov, veliko pogosteje doživijo afektivne motnje, medtem ko odvisni moški pogosteje demonstrirajo sociopatsko vedenje ali so vpleteni v kriminalna dejanja. Odvisne ženske na terapijah poročajo, da jim uporabo drog omogoča tudi prostitucija in kraje. Odvisnice so pogosteje vpletene v postopke povezane s skrbništvom nad otroci, separacijo in ločitvijo, kot pa v postopkih zaradi kriminalnih dejanj (Nelson-Zlupko in dr.,1995; po Dular, 2007). Ženske, ki zlorabljajo substance, pogosteje od moških, v zvezi s svojo odvisnostjo doživljajo več občutkov krivde, sramu, depresij in anksioznosti. V primerjavi z zdravo populacijo žensk, imajo odvisne ženske bolj negativno podobo o svojem telesu, zato pri njih obstaja večje tveganje za nastanek motenj hranjenja (Nelson-Zlupko in dr.,1995; po Dular, 2007).

Ameriška študija (Kendler: 2000) ugotavlja, da je pri ženskah, ki so bile spolno zlorabljene v otroštvu, povečana verjetnost, da bodo kot odrasle postale odvisne od drog. Opravili so razgovore z 1.411 odraslimi dvojčki in ugotovili, da so ženske, ki so doživele katerokoli od spolnih zlorab (negenitalna, genitalna, posilstvo - spolni odnos) trikrat bolj pogosto poročale o odvisnosti od drog od tistih, ki niso bile zlorabljene. Zloraba v otroštvu je bila veliko močnejše povezana z odvisnostjo od drog ali alkohola kot s katero koli od psihiatričnih motenj (velika depresivna motnja, generalizirana anksiozna motnja, panična motnja, bulimija nervoza).

Na splošno imajo ženske, odvisne od kemičnih substanc, nižja pričakovanja od življenja kot odvisni moški in izražajo večjo preokupacijo s samim preživetjem in minimalizirajo lastno neugodje, kot s stremljenjem k lastnemu napredku. Populacija odvisnic imajo nižjo izobrazbo, manj delovnih izkušenj in manj finančnih virov kot moški odvisniki. Večina odvisnic je nezaposlenih in niso bile zaposlene prav dolgo (Nelson-Zlupko in dr.,1995; po Dular, 2007). Odvisne ženske so bolj kot odvisni moški, odvisne od določenega družinskega člana ali javnega uslužbenca v smislu preživetja. Veliko večkrat kot moški, so odvisne ženske tudi skrbnice otrok (Nelson-Zlupko in dr.,1995; po Dular, 2007).

## **2.4 VZROKI ZA ZAČETEK ODVISNOSTI**

Veliko žensk na svetovalnih pogovorih pove, da so začele z jemanjem drog po določenem travmatičnem dogodku v svojem življenju (Nelson-Zlupko in dr.,1995; po Dular, 2007). Pogosto navajajo incest, posilstvo in ostale seksualne ter fizične zlorabe v 75-tih odstotkih primerov (Nelson-Zlupko in dr.,1995; po Dular, 2007). V študijah so raziskovalci ugotovili povezavo med zlorabo žensk v njihovem otroštvu, posebej še spolno zlorabo, in kasnejšo boleznijo odvisnosti. Odstotki pa variirajo od 25 % (Hans,1995; po Dular, 2007) do 75 % (Hans:1999; po Dular, 2007), glede na to, kako je zloraba definirana, kakšne so demografske lastnosti vzorca in kakšne so metode ugotavljanja povezave dogodkov in odvisnosti oziroma izpraševanja.

Ženske pogosto doživljajo nasilje v odnosih s svojimi partnerji katerih velik odstotek jih je

tudi samih odvisnih od psihoaktivnih snovi (Hans:1999; po Dular, 2007). Ugotovili so (Hans:1999; po Dular, 2007), da je kar 60 % žensk, odvisnih od drog, poročalo o zgodovini nasilja s strani odraslega partnerja. Potrebno je tudi vedeti, da je ženska odvisnost zelo povezana s partnerjevo odvisnostjo od psihoaktivnih snovi (Hans:1999; po Dular, 2007). Visok odstotek žensk je vpeljanih v svet odvisnosti s strani moških partnerjev, pogosto pa so ženske odvisne od drugih ljudi, posebej partnerjev, da jim omogočajo dostop do drog. V eni študiji poročajo (Hans:1999; po Dular, 2007), da so noseče ženske, ki so imele partnerja odvisnega od drog, več kot petkrat pogostejše od ostalih, tudi same odvisne od drog. V porodnišnici so na vzorcu nosečih žensk ugotovili (Hans:1999; po Dular, 2007), da so imele ženske, ki so uporabljale droge 1,43-krat pogostejše partnerja odvisnega od drog.

Raziskovalci in kliniki se vse pogostejše ugotavljajo, da imajo odvisni posamezniki pogostejše tudi simptome mentalnih motenj (Hans:1999; po Dular, 2007). Nacionalni inštitut za mentalno zdravje (Hans:1999; po Dular, 2007) poroča, da imajo odvisniki od drog štiri in pol krat pogostejše mentalne motnje kot tisti, ki nimajo bolezni odvisnosti.

Drugi travmatični dogodki, ki so bili povod za zlorabo drog pri ženskah so nenadna fiziološka bolezen, nesreče in krize v družinskem življenju. Pri ženskah, ki so pozabile ali potlačile tovrstne dogodke, se zelo poveča jemanje drog ob ponovnem spominjanju (fleših) in asociacijah na travmatične dogodke.

### **3 SPOLNE ZLORABE**

#### **3.1 DEFINICIJA SPOLNE ZLORABE OTROK IN POSLEDICE, KI SE KAŽEJO V ODRASLEM OBDOBJU**

»Spolna zloraba je zloraba moči odraslega nad otrokom. Je kaznivo dejanje in odrasli, ki je zapletel otroka ali mladostnika v tako vedenje, je storil zločin, za katerega je predvidena kazen.« (Bain in Sanders, 1996; po Mažer, 1999).

»Dejanje spolne zlorabe otroka je podano takrat, kadar odrasel človek ali mladostnik načrtno uporabi ali uporablja otroka za to, da se spolno vzburi ali/in da poteši svojo spolno slo. Odrasel človek je v odnosu do otroka zmeraj v položaju močnejšega. Otrok je majhen in neveden. Največkrat tej odrasli osebi tudi zaupa in /ali je celo odvisen od nje. Zato otrok ni sposoben svobodno odločati in zavestno sodelovati pri dejanjih, ki jih zahteva odrasli. Kadar pod temi pogoji pristane na sodelovanje, ni mogoče spregledati, kako zelo to škoduje njegovemu nadaljnjemu razvoju.« (Frei, 1996; po Mažer, 1999).

»Spolno nasilje ni samo posilstvo; to je vsako dejanje, ki posega v tvoje intimno področje proti tvoji volji. Nihče nima pravice proti tvoji volji dajati pripomb o tvojem telesu, te otipavati, poljubljeni, te siliti k spolnemu odnosu, te ponižati, sramotiti, udariti ali celo pretepti zaradi tvoje zavrnitve.« (Voigt, 1997; po Mažer, 1999)

Z izrazom spolna zloraba otroka na splošno označujemo udeležbo nepreskrbljenih otrok in mladoletnikov v spolnih aktivnostih z odraslo osebo, ki je starejša ali večja od njih pri katerih je otrok ali mladoletnik zlorabljen kot spolni objekt za zadovoljevanje spolnih potreb ali želja osebe, ki je starejša od njega in pri katerih nima možnosti da bi izbiral ali bo privolil v spolno aktivnost ali ne zaradi neenakih moči v odnosu med njimi in drugo osebo (Bašič, 1996; po Mažer, 1999).

Spolna zloraba je tisto dogajanje ali dejanje, ko se odrasli ali starejši mladostnik otroka dotika na način, ki ima seksualno obeležje in otroka uporabi za zadovoljitev svojih seksualnih potreb.« (Bain in Sanders, 1996; po Mažer, 1999). »Spolna zloraba je zloraba moči odraslega

nad otrokom. Je kaznivo dejanje in odrasli, ki je zapletel otroka ali mladostnika v tako vedenje, je storil zločin, za katerega je predvidena kazen.« (Bain in Sanders 1996; po Mažer, 1999).

»Dejanje spolne zlorabe otroka je podano takrat, kadar odrasel človek ali mladostnik načrtno uporabi ali uporablja otroka za to, da se spolno vzburi ali/in da poteši svojo spolno slo. Odrasel človek je v odnosu do otroka zmeraj v položaju močnejšega. Otrok je majhen in neveden. Največkrat tej odrasli osebi tudi zaupa in /ali je celo odvisen od nje. Zato otrok ni sposoben svobodno odločati in zavestno sodelovati pri dejanjih, ki jih zahteva odrasli. Kadar pod temi pogoji pristane na sodelovanje, ni mogoče spregledati, kako zelo to škoduje njegovemu nadaljnjemu razvoju.« (Frei, 1996; po Mažer, 1999).

Spolno zlorabo opredelimo kot vsak spolni kontakt med odraslo osebo in spolno nezrelim otrokom (gre za telesno in duševno, torej emocionalno in socialno nezrelost) zaradi zadovoljitve spolnih potreb odraslega ali vsak spolni kontakt z otrokom ob uporabi sile, groženj, prevare, moči itd. (Breclj-Kobe, 1996; po Mažer, 1999).

»Spolno nasilje ni samo posilstvo; to je vsako dejanje, ki posega v tvoje intimno področje proti tvoji volji. Nihče nima pravice proti tvoji volji dajati pripomb o tvojem telesu, te otipavati, poljubljati, te siliti k spolnemu odnosu, te ponižati, sramotiti, udariti ali celo preteptsti zaradi tvoje zavrnitve.« (Voigt, 1997; po Mažer, 1999)

Tako mednarodna klasifikacija bolezni ICD10, kakor tudi klasifikacija Ameriškega psihiatričnega društva DSM IV ne opisuje spolne zlorabe v poglavju duševnih motenj oziroma duševnih in vedenjskih motenj. ICD10 uvršča spolno zlorabo v kategorijo sindromi trpinčenja. Omenjena klasifikacija opredeljuje še težave povezane s spolno zlorabo v kategoriji: Težave povezane z negativnimi življenjskimi dogodki v otroštvu. DSM4 klasifikacija uvršča spolno zlorabo v kategorijo: Težave povezane z zlorabljanjem ali zanemarjanjem, ki je definirano znotraj poglavja, druga stanja, ki so v žarišču klinične pozornosti (WHO 1992; po ICD 10).

Ameriška študija (Kendler, 2000; po Dular, 2007) ugotavlja, da je pri ženskah, ki so bile



spolno zlorabljeni v otroštvu, povečana verjetnost, da bodo kot odrasle postale odvisne od drog. Opravili so razgovore z 1.411 odraslimi dvojčki in ugotovili, da so ženske, ki so doživele katerokoli od spolnih zlorab (negenitalna, genitarna, posilstvo - spolni odnos) trikrat bolj pogosto poročale o odvisnosti od drog od tistih, ki niso bile zlorabljene. Zloraba v otroštvu je bila veliko močnejše povezana z odvisnostjo od drog ali alkohola kot s katero koli od psihiatričnih motenj (velika depresivna motnja, generalizirana anksiozna motnja, panična motnja, bulimija nervoza).

### **Definicija incesta**

Incest je spolni akt, ki ga otroku ali mladoletniku vsili oseba iz njegove družine, ki zlorablja svoj položaj ali moč in zaupanje v družini. V ožjem smislu se ta definicija nanaša na osebe, ki so v krvnem sorodstvu. Širša definicija opisuje incest kot spolno občevanje med udeleženci, ki jih vežejo formalne in neformalne sorodstvene vezi, ki s kulturološkega gledišča predstavljajo oviro za spolno razmerje (npr. med otrokom in očimom ali mačeho, med polbratom in polsestro, pastorkom in pastorko) (Kaplan 1998: 847-853).

Kathleen Coulborn Faller v svoji knjigi »Child Sexual Abuse- An Interdisciplinary Manual for Diagnoses« definira spolno zlorabo kot vsak akt, ki se dogaja med osebami na različni razvojni stopnji in je namenjen zadovoljevanju spolnih želja osebe, ki je na višji razvojni stopnji. Omenjena definicija upošteva le odnos med dvema osebama (diado) pri čemer je storilec običajno odrasla oseba, žrtev pa otrok ali mladostnik. Vključene so tudi naslednje možnosti: storilec je adolescent, žrtev je otrok, storilec in žrtev sta iste starosti le da je žrtev na nižji razvojni stopnji oziroma manj duševno razvita. V definicijo niso vključene naslednje situacije, kadar je v spolno zlorabo vpleteno več oseb, ki so lahko istočasno žrtve in storilci kaznivega dejanja. Ta definicija obsega vse oblike spolne zlorabe z ali brez kontakta. Posamezni avtorji se ne bi strinjali s trditvijo omenjenih definicij, da je spolna zloraba samo spolni akt, saj zadovoljitev spolne želje ni edina motivacija za tako vedenje. Za storilca je spolna zloraba priložnost za uveljavljanje in potrjevanje moči ali za izražanje jeze, lahko pa je način dajanja in sprejemanja ljubezni (Faller 1988).

## 3.2 SPEKTER ZLORAB IN EMOCIONALNO VEDENJSKA REAKCIJA NA SPOLNO ZLORABO (Cerkovnik-Hvala, 2000)

SPOLNA ZLORABA NREZ TELESNEGA KONTAKTA	SPOLNA ZLORABA S TELESNIM KONTAKTOM	RAVEN ČUSTVOVANJA	RAVEN VEDENJA
<b>Golota:</b> Odrasli hodil gol po hiši pred vsemi člani ali nekaterimi od njih	<b>Poljubljanje:</b> Odrasli dolgo in intimno poljublja otroka na način, ki bi bil namenjen samo odraslim	<ul style="list-style-type: none"> <li>prijetno in neprijetno čustvovanje,</li> <li>strah,</li> <li>zmedenost.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>motnje spanja, prehranjevanja, težnje k vedenjskim ekstremom,</li> <li>strah pred tujci, umik vase, za starost neprimerne spolne igre.</li> </ul>
<b>PREDŠOLSKO OBDOBJE (3 – 6 let)</b>			
<b>Nesramne pripombe:</b> Odrasli daje pripombe o spolnosti ali otrokovem telesu	<b>Otipavanje:</b> Odrasli otipava otrokove prsi, trebuh, genitalno področje, na zahtevo tudi obratno	<ul style="list-style-type: none"> <li>prijetno in neprijetno o zmedenost,</li> <li>strah,</li> <li>sram,</li> <li>občutja krivde,</li> <li>bes, občutek nemoči, nezaščitenosti, strah pred poškodovanjem in pokvarjenostjo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>regresivno vedenje, infantilna govorica, močenje, sesanje palca, oklepanje domačih,</li> <li>umik vase,</li> <li>motnje spanja (nočna mora),</li> <li>agresivno vedenje,</li> <li>pogoste in trajne spolne igre,</li> <li>javno in trajno masturbiranje.</li> </ul>
<b>ŠOLSKO OBDOBJE (6 – 9 LET)</b>			
<b>Slačenje:</b> Odrasli se slači pred otrokom kadar sta sama	<b>Felacija:</b> Oralno genitalni stik odraslega z otrokom	<ul style="list-style-type: none"> <li>ambivalenten odnos do odraslih,</li> <li>zmeda glede delitve spolnih vlog in delitev vlog znotraj družine,</li> <li>strah, sram,</li> <li>občutje krivde,</li> <li>nemir in negotovost,</li> <li>bes,</li> <li>strah biti umazan, poškodovan,</li> <li>nezaupljivost.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>socialni umik</li> <li>glavobol, abdominalne bolečine, motnje spanja in prehranjevanja, agresivno vedenje,</li> <li>nenadna nepojasnjena šolska neuspešnost, problemi ohraniti meje, ustrežljivost, prisile kot ekscesivno kopanje, umivanje, seksualno odreagirane z vrstniki in mlajšimi otroki (seksualno), provokativno vedenje, neustrezni socialni odnosi z vrstniki.</li> </ul>
<b>ŠOLSKO OBDOBJE (9 – 13 LET)</b>			
<b>Razkazovanje genitalij:</b> Odrasli otroku pokaže genitalije in vanj usmeri otrokovo pozornost	<b>Kunilingus:</b> Oralno genitalni stik, ker se mora otrok z jezikom in usti dotikati spolovila odrasle ženske ali moškega ali pa se odrasli obeh spolov dotikajo spolovil otroka	<ul style="list-style-type: none"> <li>ambivalenca odnos do odraslih,</li> <li>bes, strah, sram, občutje krivde,</li> <li>depresije</li> <li>strah pred poškodbo,</li> <li>občutek nekompetentnosti,</li> <li>nezaupljivosti,</li> <li>suicidalne misli.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>socialni umik, brez ustreznih socialnih odnosov do vrstnikov, »špricanje« šole,</li> <li>manipuliranje z drugim,</li> <li>spolna zloraba mlajših otrok,</li> <li>promiskuitetno vedenje.</li> </ul>
<b>ADOLESCENCA (13 – 18 LET)</b>			
<b>Opazovanje otroka:</b> Odrasli na skrivaj opazuje otroka kadar se slači, kopa ali iztreblja	<b>Sodomija:</b> Penetracija s penisom v zadnjik ali danko	<ul style="list-style-type: none"> <li>bes, sram,</li> <li>občutja krivde,</li> <li>nezaupanje, občutek prevaranosti, ogoljufanosti,</li> <li>ambivalenca do odraslih,</li> <li>konflikti glede spolnosti,</li> <li>spolne vloge in delitve vlog v družini,</li> <li>občutek poškodovanosti,</li> <li>občutek pokvarjenosti.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>avtodestruktivno vedenje,</li> <li>uživanje drog,</li> <li>pobegi od doma,</li> <li>agresivno vedenje,</li> <li>izrabljanje drugih,</li> <li>prevzem vloge žrtve,</li> <li>izogibanje telesnim in emocionalnim intimnostim, promiskuitetno vedenje.</li> </ul>
<b>Fotografiranje otroka:</b> Odrasli fotografira otroka ali odkrito opazuje otroka v erotični poziciji	<b>Digitalna penetracija:</b> penisa v nožnico		
	<b>Spolni odnos na suho:</b> slengovski izraz, ki opisuje odnos pri katerem odrasli drgne svoje splovilo ob otrokove genitalije <b>Bestialnost:</b> Prisilni spolni akt z živaljo		

**Masturbacija:** Odrasli masturbira, medtem ko ga otrok gleda; odrasli gleda otroka, kako masturbira; odrasli in otrok opazujeta drug drugega, medtem ko vzajemno masturbirata

**Uporaba pornografije:** Odrasli kaže otroku pornografsko literaturo ali videofilme ali prisili otroka, da se udeležuje pornografskih aktivnosti.

### 3.3. DINAMIKA SPOLNE ZLORABE

Spolna zloraba, predvsem tista znotraj družine poteka na več ali manj predvidljiv način.

Pri tem razlikujemo 4, oziroma 5 faz (Sgroi, 1985; po Mažer, 1999).

- ***Faza napeljevanja***

Ta faza je možna, ko je storilec znan otroku (pomembna oseba iz primarne družine ali zaupne odrasle osebe, s katerimi se otrok redno srečuje tekom različnih aktivnosti, kot so športne aktivnosti: skavti, aktivnosti znotraj cerkve in podobno).

Otrok je storilcu z lahkoto dostopen. Storilec poizkuša pridobiti otroka za sodelovanje brez uporabe sile: s pregovarjanjem, prikazovanjem spolne aktivnosti kot nekaj prijetnega, smešnega, oziroma kot igro, pogosto ga tudi podkupi z denarjem ali drugimi stvarmi. Storilec zlorabi otrokovo zaupanje, kar je običajno že dovolj, da otrok privoli v »igro«.

V družinah, kjer so medosebni odnosi zasnovani na agresivnosti, bo storilec uporabil silo ali otroku grozil s telesnim trpinčenjem, če ne bo izpolnil njegovih zahtev.

- ***Seksualna interakcijska faza***

Običajno spolne aktivnosti postopoma progredirajo od tistih brez telesnega kontakta, do posameznih oblik penetracije, ki niso nujno boleče. Prav tako vedno ne zapuščajo telesnih poškodb (npr. rektalno penetracijo) zlasti, če storilec ni nasilen.

- ***Faza ohranjanja skrivnosti***

Ko se začne spolna zloraba, jo je treba zaviti v skrivnost. V ta namen so storilcu na voljo različni načini: od prepričevanja, da je to nekaj normalnega, preko vzbujanja občutkov krivde, do ustrahovanja otroka, kar nujno ne vključuje fizičnega nasilja. Storilec lahko otroku grozi, da se bo ubil, v kolikor se bo razvedelo za njune aktivnosti ali da bo mati žalostna oziroma ju bo zapustila, če ji bo otrok kaj razkril. Strah pred separacijo je za majhnega otroka močan provokator anksioznosti in trden razlog za molčečnost.

Otrok takoj začuti zlorabo. Že od prvega trenutka storilčev način izkazovanja ljubezni zanj ni niti sprejemljiv niti prijeten. Toda začudenje, presenečenje in nesposobnost, da bi si razlagal storilčevo ravnanje, otroka zavrejo, da bi glasno podvomil o dobrih nameni storilca. Storilčevo prepričevanje, da to ni nič slabega, vzbudijo občutek krivde pri otroku, ker je o tem

slabo mislil. Pozneje ga občutki vpletenosti, pa tudi privzgojeno spoštljivo in ubogljivo vedenje do odraslih, zaupanje vanje ter odvisnost od njih, prisilijo, da še naprej sprejema storilčeve zahteve. Temu se pridruži še strah pred storilcem in dvomi o tem, da bi mu drugi odrasli verjeli, če bi jim razkril dejanje. Zaradi molka se počuti vedno bolj soudeležena, zato se mu občutki krivde poglobljajo in počuti se umazanega in vrednega sramovanja. Storilec vedno znova načrtuje, kako bo ohranjal dogajanje v tišini (z nadzorom, z darili, s prepričevanjem, s kontrolo otroka v šoli, z dodatnim pritiskanjem na otroka zaradi šolske neuspešnosti, s preprečevanjem stikov z vrstniki, oz. izolacijo družine, pa tudi s fizično prisilo). Obvezujoče ohranjanje skrivnosti ga vedno bolj obremenjuje, kar mu ustvarja številne probleme. Ne nazadnje otrok molči tudi zato, da ne bi osramotil staršev in izgubil njune naklonjenosti. Nekateri otroci se lahko na začetku počutijo prijetno in uživajo v spolnih aktivnostih, ki jih ohranijo v skrivnosti z željo po nadaljevanju le-teh.

- ***Faza razkritja***

a) Lahko gre za slučajno razkritje: ko ju nekdo tretji zaloti pri spolnih aktivnostih in to zaupa naprej, v kolikor pride do poškodbe ali spolne bolezni in če deklica zanosi. V tem slučaju pride do hudih čustvenih pretresov, ker tako storilec kot tudi žrtev, nista bila pripravljena na ta korak.

b) Razkritje je lahko namerno, bodisi da se skrivnost deli še z neko tretjo osebo, bodisi da se zbeži preveliki kontroli očeta (v adolescenci). V tem primeru pride do krize in različnih reakcij s strani matere, sorojencev in drugih sorodnikov, ki so v začetku lahko na strani otroka, nakar zaradi različnih razlogov, npr. materialne odvisnosti matere od storilca, strahu pred storilcem in podobno, začnejo pritiskati na otroka, da povleče izjavo, s čemer nastopi zadnja faza v procesu spolnega zlorabljanja in sicer:

- ***Faza potlačitve***

Zaradi pritiska storilca in drugih dejavnikov iz okolja pride do potlačitve in zanikanja, le ta izhaja zaveznitva, moči in odvisnosti od storilca.

### **3.4 DEJAVNIKI TVEGANJA PRI SPOLNIH ZLORABAH Z**

## **POUDARKOM NA DRUŽINI**

Vzroki spolne zlorabe so številni in kompleksni. Gre za sovpletenost značilnosti. Vsekakor pa je družina največkrat prizorišče zlorab, zato v nadaljevanju tudi dajem več poudarka ravno pomenu družine kot osnovnemu zaščitnemu dejavniku, če gre za funkcionalno družino, oz osnovnemu dejavniku tveganja, če gre za nefunkcionalno družino.

### **3.4.1 Pomen funkcionalne družine kot zaščitni dejavnik**

V teorijah primarne socializacije je bila funkcija družine predstavljena kot prostor, kjer se otroci naučijo obnašanja, ki je v skladu z družbenimi pričakovanji, kulturno predpisanimi družbenimi normami ter družinskimi vlogami (Rener 1996: 141). Družinska skupina je prvi socialni sistem, v katerem otrok živi in s svojimi značilnostmi vpliva na osebnost otroka v vseh fazah njegovega ravnanja (Čačinovič-Vogrinič 2007).

Robin Skynner (1994) v eni od svojih knjig pravi, da je zdrava družina tista, ki je odprta in prijateljsko naravnana do ljudi, družina, v kateri ima vsak pravico do vseh svojih čustev, kajti vsa čustva so dovoljena in vse, kar misliš in čutiš, je tvoje. To je družina, v kateri se nihče ne boji, da bi bil zaradi svojih čustev zavrnjen in kjer sta način in smer ravnanja stvar dogovora.

V družini vsak član pridobi prve socialne izkušnje, doživetja in občutja varnosti, ljubezni, ljubosumja, jeze, strahu, zavisti in oblike stresa. Družina je zasnovana po principih organizacije in celovitosti in ima sebi lastno samoregulacijo. Družina izpolnjuje pomembne biološke, psihološke in socialne funkcije: neguje, oskrbuje, vzgaja in varuje družinske člane ter jim daje oporo, omogoča prilagajanje na kulturno okolje, ohranja izročila družine in jih prenaša v prihodnje rodove, omogoča razvoj identitete (pripadnost družini in avtonomnost posameznika). Družino definira struktura, vzorci interakcijskih odnosov, meje, hierarhija, principi rasti. V družini se utrjujejo vzorci komunikacije in pomen interakcijskih vzorcev. Pojavljajo se transgeneracijski vedenjski vzorci, ki se kažejo preko izbire poklica, partnerja in načinov vedenja (pasivnost, agresivnost, odvisnost, samomorilnost).

Družina je sistem z notranjim dogajanjem, ki je v obojestranskim stiku z vsem, kar se dogaja

v njenem okolju. Družina je odvisna od socialnega okolja in ekonomskih zakonitosti ter jo označujejo notranji odnosi, ki so samo njihovi. Vsako spremembo pri enem članu čutijo vsi družinski člani. Vedenje enega usmerja vedenje drugega, čustveni izrazi enega člana prikličejo čustveni odziv drugih. V družini je medsebojna odvisnost članov tako ekonomsko, eksistenčno kot čustveno. Iz odnosov z najbližjim izhajajo najintimnejša zadovoljstva in najbolj boleča razočaranja in travme. Družini lahko rečemo, da je mala družba, ki ima notranjo zakonitost in organizacijo ima svoje ime, svoja socialna pravila in notranja razmerja moči in vloge, svoje obrede, mite in zgodovino, svoj jezik in slog, osebna doživetja in izkušnje, igro in domišljijo, prenos sporočil in vzorcev. Vse, kar se v otroštvu res bistvenega zgodi, se zgodi v družini (Tomori 1994).

Vsem nam je skupna preizkušnja, ki se imenuje družina. Znajdemo se v sistemu med seboj tesno povezanih ljudi, ki pogosto neopazno, a z veliko močjo zaznamujejo naša prva občutja, doživetja in socialne izkušnje. Družina je kot živo bitje, sestavljeno iz nešteto celic, ki tvorijo celoto. Ta celota živi, čustvuje, razmišlja in se v določenih situacijah odziva na enkrat in neponovljiv, predvsem pa težko predvidljiv način. Ta signifikanten način funkcioniranja ga določa, preko njega je prepoznavna za udeležence v sistemu, kot za tiste, s katerimi stopa v odnose.

Predstave o „zdravi“ družini so različno razumljene, pa vendar ima le ta naslednjo značilnost: sprejemanje življenja, ustreznost in pravočasno opravljanje družinskih razvojnih nalog, samospoštovanje, občutljivost za težave drugih, jasna pravila, dovoljeno izražanje čustev, kisli in mnenj, funkcionalna zaščita in obramba, jasna hierarhija, avtonomija, enakopravnost in odpornost za spremembe (Kogovšek 2003).

Razvoj družine poteka, podobno, kot razvoj posameznika, po obdobjih. Vsako obdobje prinaša pričakovanja in naloge, ki jih mora družina, oz. družinski člani izpolniti, da lahko napreduje v razvoju. Pogosto se seveda pojavijo težave. Takrat je pomembno, da družina zmore poiskati in sprejeti pomoč.

Družinska obdobja si sledijo skozi začetno partnerstvo, oz. stvaritev družine, katerega osnovna naloga je, da partnerja uskladi pričakovanja in vrednote iz primarnih družin, razvijeta ustrezen način medsebojne komunikacije, postavita skupne prioritete in cilje, se prilagodita novi vlogi, partnerski zvezi, hkrati pa ohranjata svojo avtonomnost. Sledi obdobje družine z majhnim otrokom, kjer se paru, z bolj ali manj oblikovanim odnosom, pridruži

tretji. Razvojne značilnosti, ki temeljijo na prilagoditev otroku in vlogi starša, hkrati pa vzdrževati partnerski odnos, so za marsikateri par prezahtevne, zato je tudi pričakovano, da se v tem času zgodi največ razvez. Seveda na ta podatek vplivajo tudi različni drugi dejavniki, razvijajo se različni podsistemi, člani razširjene družine poskušajo po najboljših močeh pomagati mladi družini, s tem pa nehote ogrozijo avtonomnost novo nastale družine. To obdobje se zaključi približno tri leta po otrokovem rojstvu in se nadaljuje skozi življenje družine s predšolskim otrokom, ki traja do njegovega šestega leta. Značilnosti tega obdobja so individualizacija otroka, intenzivnejša vstopanja v druge socialne sisteme in hkrati vplivanje zunanjih vrednot na družinski sistem. Vzporedno s tem pa poteka še uravnavanje partnerskega odnosa in morebitnih problemov, ki ob tem nastajajo. Do otrokovega trinajstega leta govorimo o družini s šoloobveznimi otroci, ki s sabo prinese vzpostavitev novih meja in odgovornosti. Z vstopom v šolo se še poveča vpliv drugih sistemov in vrednot v družinski sistem, vloga staršev-avtoritet, se prepleta z novimi pomembnimi ostalimi, ki vstopajo v otrokov svet, vse večjo vlogo imajo prijatelji in vrstniki, med katerimi otrok svojo individualnost in avtonomnost oblikuje s sporočili iz primarnega okolja.

Življenje družine z mladostnikom, ki traja tja do njegovega dvajsetega leta, je viharo. Naporno tako za starše, kot za odraščajočega. Značilnost tega obdobja je osamosvajanje, uporništvo, kljubovanje, meje se rahljajo, a hkrati morajo biti še vedno varne in jasne, odgovornost se razporedi, starša se morata pripraviti na bližajoči odhod svojega otroka. Pomembno je, da v tem času partnerja „obnovita“ svoj odnos, ojačata tiste vsebine, ki so ju družile in poskrbita tudi zase. Družina, ki jo začnejo zapuščati otroci, namreč lahko pomeni tudi nov izziv za partnerja. Njun odnos se lahko poglobi, če v to oba investirata. Velikokrat se zgodi, da partnerska zveza razpade. Pogosto se eden od staršev pretirano naveže na odhajajočega otroka in mu „ne pusti odrasti“, ker se boji osamljenosti. Seveda vsako obdobje s seboj prinese mnogo pasti, a prav v tem se morda bolj intenzivno srečujemo z lastnim minevanjem, zato je toliko bolj pomembno postaviti si lastne cilje in prioritete, predvsem pa osmisliti življenje z novimi motivi in se pripraviti na razpršitev družine. To je obdobje »praznega gnezda«. Ta čas lahko pomeni preizkus kvalitete odnosov med starši in otroki, seveda tudi odnosa med partnerjema. To obdobje je lahko velik izziv tako za vse družinske člane, seveda ne vedno z pozitivnim izidom. Morda je prav v tem obdobju največ priložnosti za vzpostavitev novih, boljših vezi, kvalitetnejše komunikacije in oblikovanja drugačnega

načina preživljanja časa z več svobode in miru

### **3.4.2 Pomen nefunkcionalne družine kot dejavnik tveganja**

V družinah, kjer se dogajajo spolne zlorabe nad otroci, gre v osnovi za nefunkcionalnost družinskega sistema, to je pogojeno z neustreznim partnerskim odnosom. Nefunkcionalnost se lahko začne v različnih obdobjih, z različnimi vzgibi, ob različnih zunanjih dejavnikih. Način disfunkcije pa je povezan z obdobjem življenja družine.

Komunikacija v disfunkcionalnem sistemu je nejasna, ponavadi enosmerna, brez možnosti povratnih informacij. Posameznik pogosto ostaja neopažen in osamljen v takem sistemu. Posledica je zopet občutek nevarnosti in krivde. Pogosto je nasilje način komunikacije v takih sistemih. Ima svojo sporočilno vrednost, ki si jo žrtev in storilec razlagata po svoje. Storilec najde opravičilo za svoja dejanja, žrtev pa strategijo preživetja z nasiljem. Vse skupaj pogojuje spiralo nasilja, ki ohromi razvoj posameznika v družinskem sistemu. Tudi zlorabe so ponavadi epizode v spirali nasilja in v kontekstu meja najagresivnejši način vdora storilca, ki ima moč v sistemu, v intimo žrtve. Gre za porušenje meja obstoja, s čimer se žrtev bori skozi proces okrevanja. Če do pomoči ne pride, si oblikuje strategijo preživetja, ki je zgrajena glede na izkušnje, pridobljene v primarnem okolju. Pogosto se zgodi, da si poišče podobno stresno okolje in situacije, kakršnih je bila vajena v domačem okolju. Še veliko, e dejavnikov, ki označujejo družinsko disfunkcijo, a družina za svoj obstoj potrebuje dejavnik, preko katerega odvrne pozornost od bistvenega problema. Le ta pa je najpogosteje neustrezen partnerski odnos.

Mnogi avtorji vidijo vzrok za spolno zlorabo v družinski nefunkcionalnosti. Znotraj nefunkcionalne družine ločijo dva osnovna tipa družine:

- a) organizirana družina, ki se izogiba reševanju konfliktov
- b) neorganizirana družina, kjer se družinski člani odkrito prerekajo

#### *a) Organizirana družina*

Značilno zanje je, da so zabrisane medgeneracijske meje na posameznih področjih



družinskega funkcioniranja. Prisoten je prikrit seksualni konflikt med staršema, ki pripelje do spremembe vlog na področju delovanja družine. Otrok je ujet v vlogo enakovrednega partnerja v neustreznem spolnem odnosu z očetom, ki je čustveno nezrel in odvisen od matere. Na videz se oče kaže kot sposoben, avtoritativen, v resnici pa je nemočen dependenten. Mati je čustveno bolj zrela, vendar seksualno zavrta, kar nadoknadi s kompulzivno skrbjo za otroke, v resnici pa je odnos med materjo in žrtvijo pogosto hladen in odklanjajoč.

Nezmožnost staršev, da se odkrito pogovorijo in razrešijo družinski konflikt, vzdržuje zlorabo kot družinsko skrivnost. Razkritje spolne zlorabe onemogočajo po eni strani občutki krivde in strahu pred kaznovanjem tako na strani žrtve in storilca. Po drugi strani pa strah žrtve, da jo bo mati zavrnila, če bo zvedela za zlorabo. Strah pred zavrnitvijo in občutki krivde pa žrtvi onemogočajo tesnejšo čustveno bližino z materjo in zaupanje. Navzven je to urejena družina strogih moralnih principov. Razkritje spolne zlorabe je za tako družino, ki nenehno vzdržuje neko samopodobo, prava katastrofa, ki lahko vodi v tragedijo.

#### *b) Neorganizirana družina*

Je veliko bolj nefunkcionalna od organizirane družine. V tej družini so medgeneracijske meje zabrisane na mnogih področjih funkcioniranja. Otroci in odrasli so čustveno enakovredni, običajno eden od otrok prevzame skrb za odrasle člane družine. Starša sta zaradi lastne čustvene prikrajšanosti medsebojno odvisna. Oče je pogosto fizično agresiven in odkrito kontrolira celotno družino, mati pa je običajno permisivna in manj moralistična od tiste v organizirani družini. Družinski konflikti so odkriti in tudi navzven vidni. Problemi so znani tudi na Centrih za socialno delo. Spolna zloraba v teh družinah ima funkcijo regulatorja in odstranjevalca konfliktov, kar ščiti družino pred razpadom. Družinskim članom je več ali manj znano, da oče spolno zlorablja pogosto tudi več članov naenkrat, pogovarjajo pa se o tem ne. Skrivnost poveča očetovo čustveno odvisnost od matere, mati pa zaradi tega tolerira zlorabljanje. Razkritje spolne zlorabe v teh družinah, čigar samopodoba je veliko slabša v začetni fazi, ne sproži bistvene krize. Le-ta nastopi kasneje, ko se tekom terapije poskušajo vzpostaviti odnosi in komunikacija v družini. Taka družina običajno zapusti svetovanje. Ima pa tudi slabšo prognozo rehabilitacije (Furniss 1991).

Včasih se zgodi, da odprava simptoma pri enem družinskem članu pomeni izbruh težav pri drugem. Družinski sistem naravnost potrebuje motnje, da družina lahko ostane skupaj

(Kastelic in Mikulan 2004).

### 3.5 POSLEDICE SPOLNE ZLORABE

Najpomembnejše posledice spolne zlorabe lahko strnemo v naslednje skupine:

- 1) Občutja strahu in tesnobe (stalno prisotni ali pa v napadih s spremljajočim se fiziološkimi znaki)
- 2) Motnje spanja in prehranjevanja  
Psihosomatske motnje (predvsem bolečine v spodnjem delu trebuha in stegnih)
- 3) Motnje delovnega in socialnega delovanja
- 4) Seksualni problemi v mladostništvu in odrasli dobi
- 5) Občutje nemoči, prepuščenost usodi, brezupa s posledično pasivizacijo in nesposobnostjo spopadanja s težavami, izgubo sposobnosti obvladovanja

Depresivnost je najpogostejša posledica spolne zlorabe v otroštvu. Spremljajo jo nizka samopodoba, apatičnost, zmanjšanje učnih zmogljivosti, pobegi od doma, samouničevalno vedenje. Motnje v obvladovanju impulzov in potreb se kažejo pozneje predvsem v težavah pri zaviranju spolnih potreb. Kognitivne motnje se kažejo z motnjami v intelektualnem delovanju, nižjem inteligentnem količniku, motnjah na področju besednega izražanja, slabši šolski uspešnosti. Lahko so čustveno pogojene ali so posledice nezadostnih razvojnih spodbud. V odrasli dobi so posledice spolne zlorabe predvsem tesnoba, motnje spanja, depresivnost, samomorilno vedenje, slabša samokontrola, raba drog, motnje spolnega vedenja, ponavljanje nasilnega vedenja do lastnega otroka, multipla osebnost, borderline osebnostna motenost, dolgotrajna posttravmatska stresna motnja.

Dolgotrajne posledice lahko prispevajo k poznejši viktimizaciji. Oseba je zaradi značilnosti svojega vedenja in odzivanja, tudi pozneje v odraslosti žrtev spolne zlorabe (Kaplan 1998: 847).

Spodaj citirani avtorji posledicam zlorab pripisujejo

- postravmatska stresna motnja (PTSM),
- disociativna reakcija,
- depresivnost in suicidalnost,

- zmanjšana kontrola impulzov,
- kognitivne motnje,
- motnje hranjenja, uživanje psihoaktivnih substanc
- agresivno vedenje,
- motnje spolnega vedenja in identitete,
- reviktimizacija,
- »Boderline« sindrom multiple osebnosti itd.

Našteti dejavniki se prepletajo med seboj, različni so po obsegu in intenzivnosti (Bickley in Beech, 2001; po Rojšek, 2002).

Na posledice zlorabe vpliva več dejavnikov (Bain in Sanders, 1996; po Rojšek, 2002):

- trajanje zlorabe; dlje ko traja, večja je poškodovanost pri žrtvi, posebej če je otrok doživel prve atake že v ranem otroštvu;
- izid zlorabe je običajno slabši, kadar je zlorabitelj oseba, ki naj bi bila tudi v vlogi zaščitnika (oče, mati, starejši brat itd.);
- vrsta zlorabe, vezana na penetracijo, ima, kot kaže, hujše posledice od drugih oblik;
- izrazito pomemben je odgovor oziroma, reakcija najožje okolice na zlorabe. Bolj ko je le ta suportivna, razumevajoča, boljši je izhod. Žrtve zlorabe pogosto poudarjajo, da so ob tem, ko se je razkrila zloraba, iskale predvsem suportivno podporo kot glavno »zdravilo« za ohranjanje duševnega ravnovesja. Ta suport prihaja lahko s strani prijateljev ali družine v obliki zagotavljanja, da to ni bila napaka ali krivda zlorabljenega otroka in ni nobenega razloga, da bi se počutil krivega in da je še vedno spoštovanja vredna oseba. Kot pomemben pozitiven dejavnik se je pokazal tudi naklonjen in razumevajoč seksualni partner, ki pomaga žrtvi ženski razlikovati med zlorabljalcem in drugimi moškimi zaradi stalno prisotne nevarnosti generalizacije.

Travmatogeni faktorji, ki so pomembni za oceno vpliva na duševno stanje otroka, so predvsem (Davison in Neale, 1996; po Rojšek, 2002):

- travmatska seksualizacija,

- izdaja zaupanja predvsem odraslih, ki naj bi skrbeli za varnost,
- stigmatizacija ali sram,
- občutja nemoči zaradi fizične in duševne prevlade zlorabitelja,
- občutek strahu in izolacije, ki nastane zaradi skrivnosti, ki je značilna za spolno zlorabo,
- zmeda, ki jo vsi otroci, ki so zlorabljeni, izkusijo, ko se soočijo s seksualno aktivnostjo, katere smisla ne razumejo ali zaradi načina doživljanja neprijetnih senzacij, ki jih »molče« provocirajo odrasli, ki jih imajo sicer radi, oziroma zaradi vedenja odraslih, ki jim zaupajo.

Tudi sicer vse raziskave kažejo, da bolj ko je nasilna spolna zloraba in negativen odgovor staršev na to zlorabo, hujše so posledice za žrtev. Na drugi strani pa dobro strukturirane in emocionalno zdrave žrtve kažejo kasneje manj intenzivne posledice. Ob tem seveda pomembno vlogo igra starost oziroma čas, v katerem je prišlo do prve spolne zlorabe.

Pri raziskovanju posledic spolnih zlorab je težko ločiti same vplive spolnih zlorab na otroka od drugih dejavnikov, ki skoraj vedno spremljajo ta pojav in so za otroka izredno pomembni. To je predvsem družinska struktura, neustrezni odnosi med starši in nasilje v družini nasploh. Če je otrok izpostavljen izkušnjam spolne zlorabe v otroštvu, dobi negativni model za starševsko vlogo, identificira se z neustreznim roditeljem. Izpostavljenost spolni zlorabi nauči otroka incestoidnega vedenja. Negativni model je tudi mati, ki ne zna zaščititi svojega otroka pred zlorabo. Dejstvo pa je, da so bile mnoge matere tudi same v otroštvu žrtve zlorab, mnogi očetje, kasnejši storilci zlorab, pa fizično psihično in spolno zlorabljeni.

### **3.6 POVEZAVE MED SPOLNIMI ZLORABAMI IN UŽIVANJEM PREPOVEDANIH**

Po besedah A. Wevers (2002), predsednice Mednarodne mreže zmanjševanja škode med uživalkami prepovedanih drog, je odvisnost od drog življenjski slog, ki zajema ženske vseh poklicev in socialnih razredov. Pri ženskah je značilna večplastna odvisnost (alkohol, tablete, motnje hranjenja). Ko zmorejo obvladati eno odvisnost, se zapletejo v drugo. Nasilje nad ženskami, posebno uživalkami prepovedanih drog, ki se pogosteje nahajajo v nevarnih

situacijah, je pri nas in v svetu pogosteje lažje sprejemljivo. O tovrstnem nasilju se redkeje spregovori. Za uživalk preprovanih drog obstaja manj možnosti, da spregovorijo o duševnih stiskah, so bolj kritično obravnavane in se pogosteje sramujejo poiskati pomoč. Uživalk drog imajo drugačne stiske, drugačna vprašanja in potrebe kot moški uživalci drog. Šele, ko prideš z njimi v neposredni stik, ko jih doživiš v njihovi družini, na ulici, v partnerskih odnosih, vidiš ženske, ki trpijo in se sramujejo svojega stanja. Več kot polovica uživalk preprovanih drog navaja spolno zlorabo, največkrat so bile zlorabljene dalj časa, v zgodnjem obdobju, (6-12-let). Največkrat gre za incestoidne zlorabe, kar je po besedah Martina Blessinga (1987; Zaviršek, 1994) ovira v procesu okrevanja.

Dejstvo je, da večina žensk, ki navaja resne težave z uživanjem drog, navaja tudi duševno, telesno več kot polovica pa tudi spolno zlorabo. Bolečino, ki jo nosijo v sebi, ne morejo zatreti. Edina pot k okrevanju je prepoznavanje in izražanje čustev, ki so jih doživljale ob spolni zlorabi in jih čutijo tudi v sedanjosti. Čeprav je uporaba drog med ženskami 2-5 krat večja kot med moškimi in čeprav ženske pogosteje poskušajo samomor, kot moški, psihosocialne službe ne upoštevajo vpliva fizičnega in spolnega nasilja na duševno zdravje žensk (Zaviršek 1994).

Zanikanje, jeza, krivda, žalost, sram so čustva, ki jih zlorabljene največkrat opiše. Pogosto so težave, ki jih imajo z drogo, posledica preteklih doživetij. Pokazalo se je, da imajo ženske, ki o svoji zlorabi niso mogle govoriti, pozno v življenju težave, ki se kažejo predvsem v motnji hranjenja, različnimi vrstami odvisnosti, težavami v spolnosti in vzdrževanju stikov s partnerji.

Če o svojih težavah spregovorijo, je lažje, če ne spregovorijo, je veliko manj možnosti za reševanje problemov na kakšnem drugem področju. Zloraba povzroči v prvi vrsti močno stresno situacijo, ki ji sledi travma, katere pokazatelji so si podobni, pa vendar od posameznice do posameznice različni. Stres ni stanje v okolju, temveč v človekovi notranjosti, je prilagoditveni odziv telesa na spremembe v okolju, ki vpliva na samospoštovanje, socialno varnost, položaj v družbi, odnosih v družini n med prijatelji. Narava stresa je odvisna od lastne ocene, kako pomemben je, koliko časa traje, kako močan je dražljaj in kako pogost je. Travma aktivira psihološke obrambne mehanizme in povzroča

trajne poškodbe na emocionalnem, kognitivnem in socialnem področju.

Po besedah dr. Zdenke Čebašek (1998), je postravmatski stres normalna reakcija normalnih ljudi na nenormalno obremenitev. Večina ga doživi, preživi, nekateri so v stiski nekaj dni ali ur, če pa traja dlje, kot mesec, govorimo postravmatskem stresu.

Pri delu z odvisnicami, ki so bile spolno zlorabljene, sem opazila reakcije, značilne za postravmatski stres (PTS) Ti so vsiljevanje, v obliki nenadnega ponovnega doživljanja dogodka (flash back), izogibanje, predvsem občutkom, razmišljanju, soočenju s podobnimi emocionalnimi stiskami, nezaupanje, jeza, sram, krivda za kar so, ali niso naredile. Prav tako so prekomerno vzbunjene, vzdražljive, večno na preži, ne spe, ali pa preveč spe, ne zmorejo kontrolirati svojih čustev, težko se skoncentrirajo pogosti so napadi panike Vse zgoraj naštetu pogosto regulirajo z uporabo alkohola in drog.

Če travma v smislu spolne zlorabe ni ozaveščena, se to zgodi pogosto nenadno, ob kakšnem nepričakovanem dogodku, lahko je to zavedanje celo življenjsko ogrožajoče, posebno če se pogosto ponavlja. Tako spoznanje odvisnice opisujejo kot izjemno ponižujoč občutek, ki mu navadno sledi napad jeze, panike, opisujejo ga kot "ekonom lonec" pred eksplozijo. Takrat je droga rešitev in blažitev.

Pri svetovanju, katerega osnovni cilj je razumeti stisko, je pomembno "predelati" zlorabo po fazah, ki so značilna za žalovanje (šok, za katerega je značilno zanikanje, jeza, ki jo spremljajo občutki krivde, žalost, ki pomeni izolacijo, izgubo smisla in osamljenost, sprejemanje, ki ga spremlja soočanje z realnostjo in stiske ob tem).

Neugodni faktorji, s katerimi sem se srečevala pri obravnavi SZO, so bili zanikanje realnosti, pomanjkanje stika z realnostjo, pomanjkljiva socialna podpora in pomanjkljivo ukvarjanje s svojo osebnostjo: Med spodbujevalne faktorje pa vsekakor sodijo zavedanje odnosov sposobnost sprejemanja dejstva, soočenje, da gre za dolgotrajni proces in nujnost in sprejemanje izražanja čustev.

Občutki, ki jih navajajo SZ, so sram, jeza, obžalovanje, samoobtoževanje, krivda,

zagrenjenost občutek izoliranosti in osamljenosti in strah pred ponovitvijo dogodka. Prav tako so pogosto občutki izdatnosti, stigmatizacije, brezmočnosti in nenavadnega vedenja. Pri občutku izdatnosti pogosto sledi reakcija vedenja, kot je pretirano zapiranje vase in v svojo težavo, nezaupanje svetovalcu, neverbalno sporočanje ranljivosti, menjavanje svetovalcev in iskanje pomoči, agresivno vedenje v smislu samopoškodb in poškodb okolice, pretirana potreba po stalni prisotnosti partnerjev. Pri izdatnosti je zelo pomembno vzpostavljanje nivoja zaupanja. Če se to ne zgodi, tako svetovalec kot SZ ostaneta na nivoju jeze, ki se izraža skozi sporočilo "Nihče me ne ščiti".

Stigmatizacija pri SZ je pogosti vzrok za potrebo po izolaciji, občutku krivde in sramu in nizkemu samospoštovanju, predvsem pa občutku drugačnosti. V obnašanju se prisotnost stigmatizacije kaže v smislu kriminalne aktivnosti, suicidalnih teženj in samopoškodovanja in pa kreacija pozicije osamljenosti.

Dejavniki "Biti brezmočna" pri SZO doživljamo kot resnični strah pred dogodkom, ki se je zgodil. Navajajo čutenje žrtve, ki ni sposobna spremeniti situacije, kar se kasneje kaže kot boleсна želja po kontroli. Želja po kontroli pomeni, da se lahko vrne v čas dogodka in obrne potek dogajanja. V obdobju odraščanja težnja po kontroli lahko vodi v odvisnost od različnih substanc. Osnovno vodilo pa je, kako preživeti ne da bi bila žrtev. Dejstvo je, da je imelo več kot 1/2 odvisnic ne glede prisotnost spolne zlorabe težave z nasiljem v družini. Več kot 85% uživalk kokaina in heroina je preživelo spolno zlorabo in da je vedno potrebno raziskati zgodovino posameznice in njenega vedenja, da lahko razumemo njeno sporočilo.

Ravno meje pa so tisto, kar je pri mnogih odvisnicah od prepovedanih drog porušeno z zlorabami, največkrat s spolnimi, ki so jih doživele oz. doživljale pred razvojem odvisniške kariere. Mnoge uživalke prepovedanih drog so iskale pomoč zaradi duševne stiske še preden so začele eksperimentirati s prepovedanimi drogami, najpogosteje pri svojih zdravnikih zaradi somatskih težav, vendar o zlorabi niso spregovorile, ker jih o tem nihče ni vprašal. Paradoksalno je, da tudi sicer tako mednarodna klasifikacija bolezni ICD10, kakor tudi klasifikacija Ameriškega psihiatričnega združenja DSM IV, ne opisuje spolne zlorabe v poglavju duševnih in vedenjskih motenj, a kljub temu ravno medicina največkrat obravnava posledice zlorab, ki se pogosto kažejo kot »simptom«v psihosomatskem smislu. Zloraba je



sicer v medicinskih klasifikacijah omenjena v kategoriji »sindromi trpinčenja« oz težave, povezane z negativnimi življenjskimi dogodki v otroštvu, za kar pa medicina nima posebnih programov pomoči. A kljub temu številne študije kažejo, da so spolne zlorabe v otroštvu izjemno pogoste med uporabnicami psihiatričnih služb. Ena od britanskih študij, opravljena med uporabnicami storitev psihiatričnih bolnišnic, ki so jo izdelali Palmer, Chaloner in Oppenhimer (1992; po Zaviršek 1994), dokazuje, da je bilo 50% žensk, ki so prišle po pomoč k psihiatru, spolno zlorabljenih.

Martin Blessinger (1987; po Zaviršek, 1994) potrjuje podatek, da je veliko ženskih, uporabnic psihiatričnih storitev doživelo spolno zlorabo, ne izključuje pa moških s podobnimi izkušnjami. Njegova študija kaže, da ni toliko pomembna oblika zlorabe, kot obdobje, v katerem se je spolna zloraba začela in kako dolgo je trajala. Čim zgodnejše so spolne zlorabe, čim daljši je njihov čas, večja je možnost dolgotrajnejših psihiatričnih težav. Njegova hipoteza potrjuje povezavo med incestom (incest je spolni akt, ki ga otroku oz mladoletniku vsili oseba iz njegove družine, ki zlorablja svoj položaj ali moč in zaupanje v družini, nanaša se na osebe, ki so v krvnem sorodstvu) (Kaplan 1998: 847-853), ter psihozami, disocialnimi motnjami in odvisnostmi od, hkrati pa dokončno zavrača freudovsko teorijo vzrokov histerije pri ženskih klientkah, s katero se je le ta spretno ognil kritiki tedanje patriarhalne in konservativno usmerjene družbe.

Posledice spolnih zlorab so nepredvidljive, največkrat zlorabljeni, oz. zlorabljene navajajo občutke osamljenosti, izolacije, označenosti, nevrednosti, ničvrednosti, o sebi razmišljajo kot o slabem bitju, želijo si prizadeti bolečino, navajajo željo po samouničenju Ženske, ki so doživljale spolno nasilje, se niso imele priložnosti naučiti, kako zaščititi samo sebe in kako si vzeti pravico in reči ne. Zato so kasneje, ko pridejo iz psihiatrije, ranljivejše za to, da se jim bodo različne zlorabe ponavljale. Pogosto tudi niso sposobne zaščititi pred zlorabami svojih otrok, kar je bil pogost argument za to, da so te matere obsojene kot nesposobne, nesposobne in slabe, ne da bi se iskalo razloge njihove nemoči (Zaviršek 1994: 153). Po novejših podatkih je več kot polovica aktivnih uživalk prepovedanih drog navajala spolno zlorabo v otroštvu ali kasneje v času odraščanja, a so o zlorabi spregovorile šele v procesu odvajanja od prepovedanih drog.

Socialne in medicinske definicije zlorab se med seboj močno razlikujejo. Socialna

perspektiva poudarja, da je spolno nasilje vse tisto, kar človek doživi kot nasilje in občutek, da je v funkciji drugega, da je njeno telo le inštrument za zadovoljevanje potreb in interesov drugega. Je torej vse tisto, kar človek sam zase definira kot zlorabo (Zaviršek 1994). Tovrstni pristopi omogočajo upoštevanje potreb posameznic in prilagajanje strokovnjakov na potrebo tistega, ki vstopa v sistem pomoči. Socialna realnost pomeni tudi to, da so ženske pogosteje objekt spolnega nasilja, kot moški. Tiste psihosocialne službe, ki odgovarjajo na potrebe svojih uporabnic in uporabnikov, upoštevajo tudi razlike, ki jih moški in ženske doživljajo v vsakdanjem življenju. Gre torej za službe, ki so pozorne na govorce spolov, saj je spol »oblika komuniciranja« (Gibson, 1990; po Zaviršek, 1994).

Za razliko od socialne perspektive, nadaljuje dr. Zavirškova (1994), temeljijo medicinske definicije na medicinskemu modelu, ki praviloma ne upošteva socialnega konteksta, v katerem živi prizadeta. Brez upoštevanja socialnega konteksta, obravnava ni celostna, posledično je torej manj učinkovita. Socialna perspektiva pri vprašanju spolnega nasilja upošteva tudi povzročitelja. Pogosto so bili le ti sami spolno zlorabljeni ali pa so bili priča zlorabam. Pomembno je, da je tudi njim namenjena pomoč, ki nudi rekonstrukcijo nasilnega dogodka, preko katerega izkusi, vidi in občuti dejanje, ki ga je storil.

Psihosocialne službe v Sloveniji še vedno niso pozorne in senzibilizirane na problematiko vzrokov za duševno trpljenje, zato obstaja nevarnost, da se na izkušnje prizadetih odgovori z ustaljenimi odgovori, kot so hospitalizacija, medikalizacija, diagnostizacija, kar je neposredno povezano z procesom zanikanja, ki sicer poteka na več ravneh in katerega bistvo je, da določene vsebine, kot so spolna in druge zlorabe ostanejo tabuiziranje. Detabuizacija bi za marsikaterega strokovnjaka, ki se ukvarja s psihosocialno pomočjo zlorabljenim, pomenila soočenje z lastnimi izkušnjami, hkrati pa tudi nevšečnostjo, oz. neznanjem (Richardson in Bacon, 1991; po Zaviršek 1994).

Zagovorništvo je v svetu eden najpomembnejših principov pomoči, na katerem temeljijo številne nove službe ter delo prostovoljnih skupin, ki delujejo v korist ljudi z izkušnjami psihiatrične hospitalizacije (Flaker 1993). Zagovorništvo ženske, ki je preživela spolno nasilje, sestavljajo principi poslušanja, protesta proti tistemu, kar se je ženski zgodilo, princip prevajanja zgodbe v običajni jezik, princip podpiranja in opogumljanja, socialna perspektiva

pri vprašanju spolnega nasilja zajema tudi povzročitelja. A kljub temu, da se veliko govori o različnih pristopih k obravnavi zlorabljenih in odvisnih žensk, so le ti izzveneli, največkrat zato, ker niso bili večslojno in multidisciplinarno zastavljeni.

## 4 SOCIALNA REINTEGRACIJA UŽIVALCEV PREPOVEDANIH DROG

### 4.1 DEFINICIJA SOCIALNE REINTEGRACIJE

Socialna reintegracija je opredeljena kot „vsako socialno posredovanje z namenom vključiti nekdanjega ali trenutnega problematičnega uživalca drog v skupnost“. Pomeni omogočanje in pomoč posamezniku, ki je zaradi odvisnosti in s tem povezanim neustreznim življenjskim stilom pristal na robu družine in družbe, da ponovno vzpostavi zdrave socialne odnose v primarni, oz sekundarni družini in širši družbi ter si najde ustrezno zaposlitev, oziroma nadaljuje s šolanjem. Prav tako omogoča prehod med terapevtskim programom in vsakdanjim življenju v družini in družbi. Je sestavni del evropske strategije na področju drog. Eden izmed ciljev EU, je „povečati število uspešno zdravljenih zasvojenecv“ s posebnim poudarkom na socialni in profesionalni reintegraciji bivših zasvojenecv.

Nataša Dernovšček Hafner (2006) v svojem članku o socialni reintegraciji navaja, da je pojem socialne reintegracije definiran kot „socialna intervencija, ki ima za cilj integracijo abstinenta od nedovoljenih drog v družbo“. Ponekod so takšno definicijo uporabljali širše in zajeli v ta sklop tudi aktivne uživalce prepovedanih drog. Hafnerjeva nadaljuje, da je v širšem smislu socialna reintegracija definirana kot vsak poskus integracije uporabnika drog v družbo.

V državah, članicah EU so mogoče naslednje oblike organiziranosti reintegracije:

- V abstinenco usmerjeni programi, ki so lahko zadnja faza v procesu zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog ali kot intervencija, ki sledi zaključnemu zdravljenju odvisnosti, vključuje abstinente
- program zmanjševanja škode, ki je samostojna intervencija, s konkretnimi cilji, vanjo so vključeni aktivni uživalci nedovoljenih drog, ki z rabo drog ne morejo ali pa ne želijo prenehati.

V obravnavi uživalcev drog se ob vzpostavitvi abstinence vedno pojavi vprašanje možnosti spodrseljaja in recidiva. Izkušnje kažejo, da je verjetnost neželenih spodrseljajev in recidivov manjša ob ustrezni rehabilitaciji / resocializaciji / reintegraciji. Namenoma sem zapisal tri najpogostejše izraze, ki jih uporabljamo za opis določenih aktivnosti pri vključevanju bivšega

uživalca drog v vsakdanje življenje. Ne glede na pomenske nianse posameznih izrazov je potrebno premisliti miselni koncept (ponovnega) vključevanja (nekdanjih?) uživancev drog v vsakdanjik.

Uporaba pojma rehabilitacije predpostavlja ponovno usposobitev za vsakdanje življenje, resocializacij, ponovno »učlovečenje« in reintegracija ponovno vključevanje v vsakdanjik. Tokrat se ne mislim podrobneje ukvarjati z rehabilitacijo (medicina) in resocializacijo (vzgoja), ki ju kot strokovna koncepta v socialni ne bi smeli preprosto prevzemati in uporabljati brez temeljitejšega premisleka. Ta dva koncepta namreč predpostavljata neko »zdravo« in »pravo« stanje. V postmoderne potrošniški družbi pa to ne zveni samo precej anahronistično, temveč se izkaže za strokovno »samooomejujoče«. Strokovno delo se namreč sprevrže v »normaliziranje«, discipliniranje, nadzorovanje in ne nazadnje zdravljenje. Socialna identiteta »uživalca drog« se mora »izbrisati, popraviti, pozdraviti. Sodelovanje pri večanju posameznikove izbire se sprevrže v njegovo omejevanje, kar rojeva odpor in uspešnost spreminjanja se manjša.

Reintegracija pa nosi v sebi precej zanimivo idejo. Predpostavlja možnost, da posameznik oz. skupina vzpostavi neko socialno identiteto (uživalci drog, junkiji, bivši »odvisniki«, ...) in se kot tak vključi v vsakdanjik. Ostaja različen in prepoznaven in prav skozi to gradi svojo uspešno socialno identiteto.<sup>1</sup> Ta socialna identiteta pa je samo logičen zaključen prejšnje, ki mu je ni potrebno zavreči, ni se potrebno boriti zoper njo, temveč jo samo sprejeti kot nujno fazo v procesu stalnega spreminjanja (Stefanoski 2006).

Uspešna reintegracija je zelo pomembna za vzdrževanje abstinence, saj posameznik ponovno zadovoljuje svoje potrebe zunaj socialne mreže, ki ji pripada in ne išče nadomestnih zadovoljitev v drogi. Tudi možni spodrsaljaki so manj ogrožajoči, saj lahko posameznik, ki ima bolj jasno strukturirano svoje življenje (šola, služba ipd.) s pomočjo ljudi, ki tvorijo njegovo socialno mrežo, hitreje najde ponovno ravnotežje v odnosu do droge.

Da bi bivši odvisnik povečal možnost za trajno abstinenco, integracijo ali reintegracijo v družbo in trajno spremembo življenjskega sloga, mora osvojiti, obvladati in uresničiti cilje na številnih pomembnih področjih. Tako naj bi novo pridobljene navade, osebne spremembe

in vrednote prenašali iz obravnave v vsakdanje življenje, kar lahko ojačamo z racionalnim načrtovanjem vizije osebne prihodnosti, seveda upoštevajoč osebne lastnosti in možnosti socialnega okolja. Prav tako je pomembno aktivno vključevanje v družbo. Pri tem je potrebno veliko motivacije posameznika usmeriti v šolanje, zaposlitev idr. Ob tem moramo razvijati neodvisen in ustvarjalen življenjski slog posameznika, krepiti socialno pripadnost skupin, ki ne vključuje uživanja prepovedanih drog, (poudarek na planiranju prostega časa, novi prijatelji, partnerstva, učenje socialnih spretnosti). Bivšega odvisnika je potrebno naučiti in kontrolirati reakcije v stresnih situacijah, hkrati pa jih usmerjati v graditev vrednostnega sistema, ki ne iz subkulturnih, temveč novo pridobljenih vrednot.

Namen reintegracije je torej, da uporabnik postopoma najde svoje mesto v družbi in se vanjo vključuje aktivno in samostojno. Seveda pa je osnovni cilj programov pomoči trajna abstinenca in samostojen, ustvarjalen slog življenja ter ustrezna povezanost z družbo. Reintegracija je torej širok spekter aktivnosti, ki jih mora narediti bivši odvisnik, da se ponovno integrira v okolje, kjer živi.

Za uspešen reintegracijski model je pomembno, da vključuje, zagotavljanje bivanja, izobraževanje, socialno vključenost, poklicno usposabljanje

Pomembno je, da so ponujeni programi reintegracije oblikovani celostno, saj le tako lahko dosežemo krepitev posameznika na socialnem, psihološkem, fizičnem, vedenjskem, družbenem in ekonomskem področju. Uporabnik mora biti središče urejanja v tovrstnih programih. Pri preseganju tabujev in stereotipov pa se mora aktivno vključiti tudi lokalno okolje in družina. Pri celostni obravnavi je pomembna terapevtska obravnava, učenje socialnih veščin, pridobivanje funkcionalnih znanj, verificiranje znanja, se povezovanje z ostalimi institucijami in pomoč posamezniku pri iskanju ustreznega načina preživetja, kar pa vključuje tudi zaposlovanje. Zgoraj navedeno poleg preživetvene funkcije pomeni tudi zunanjo strukturo, ravno struktura pa je ena od bistvenih deficitov, s katerim se odvisniki srečujejo v vseh fazah okrevanja. Pomembno je torej poudariti, da je socialna reintegracija kompleksna intervencija, ki je usmerjena v izboljšanje kvalitete življenja uporabnika. Za zagotavljanje kvalitete pa je potreben interdisciplinarni pristop in sodelovanje med različnimi institucijami.

## **4.2 TRENUTNO STANJE GLEDE SOCIALNE REINTEGRACIJE NA PODROČJU PREPOVEDANIH DROG V SLOVENIJI**

Marjeta Ferlan Istinič, Štefan Kociper v Poročilu Inštituta za varovanje zdravja Rs (2007) navajata, da se uživanje drog v sistemu socialnega varstva obravnava kot eno mnogih vedenjskih oblik, ki lahko vodijo v zmanjšanje stopnje socialne vključenosti uživalca drog ali njegovih bližnjih. Z namenom preprečevati in odpravljati socialno izključenost, ki je posledica uživanja prepovedanih drog, zagotavlja Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve pogoje za delovanje strokovnih služb, ki delujejo tako v okviru javnih služb kot tudi v okviru dejavnosti, ki dopolnjujejo ponudbo javnih služb, ter dejavnosti medsebojne pomoči uživalcev drog, njihovih bližnjih ali drugih zainteresiranih. Temeljna izhodišča za obravnavo težav, povezanih z uživanjem prepovedanih drog v sistemu socialnega varstva, so opredeljena v Nacionalnem programu socialnega varstva do leta 2005 (UIRS, št. 31/2000).

Strokovne dejavnosti, namenjene reševanju socialne problematike, povezane z uživanjem prepovedanih drog, se izvajajo v okviru javnih služb (62 centrov za socialno delo), ki uživalcem drog in njihovim bližnjim omogočajo socialnovarstvene storitve, in sicer predvsem prvo socialno pomoč, osebno pomoč in pomoč družini za dom. Zunaj okvira javne službe pa se izvajajo dopolnilni programi socialnega varstva, ki jih pretežno izvajajo nevladne organizacije, ki nudijo strokovno podporo pri obravnavi uživanja drog in iskanju drugačnega načina življenja.

Preventivne dejavnosti socialnega varstva so praviloma posredno usmerjene v preprečevanje uživanja drog. Z različnimi dejavnostmi, ki so usmerjene v dvig socialne vključenosti, se posredno preprečuje eksperimentiranje z drogami in predvsem vzpostavljanje rednega uživanja drog. Storitve socialne preventive izvajajo centri za socialno delo, pri čemer se povezujejo z različnimi nevladnimi organizacijami, ki izvajajo programe, namenjene mladim. Strokovne dejavnosti, namenjene reševanju socialne problematike, povezane z uživanjem prepovedanih drog, se izvajajo v okviru javnih služb (socialno varstvene storitve zlasti centrov za socialno delo) ter v okviru dodatnih in dopolnilnih dejavnosti, ki jih izvajajo

predvsem nevladne organizacije. V okviru javne službe se izvajajo zlasti: socialna preventiva, prva socialna pomoč, osebna pomoč in pomoč družini za dom. Zunaj okvira javne službe pa se izvajajo programi, namenjeni posamezniku, družinam in skupinam prebivalcev pri odpravljanju socialnih stisk in težav, povezanih z uživanjem drog. Sem se štejejo tudi organizirane oblike medsebojne pomoči uživancev prepovedanih drog, njihovih bližnjih in drugih zainteresiranih oseb. Izvajalci socialnovarstvenih storitev v okviru javne službe so trenutno javni socialnovarstveni zavodi – centri za socialno delo, ki uživalcem drog in njihovim bližnjim omogočajo socialnovarstvene storitve, in sicer predvsem prvo socialno pomoč, osebno pomoč in pomoč družini za dom. Centri za socialno delo so za izvajanje socialno varstvenih storitev financirani neposredno iz državnega proračuna.

Mreža storitev javne službe in programov za reševanje socialne problematike, povezane z uživanjem drog, zagotavlja naslednje: storitve in programe za senzibilizacijo čim večjega števila uživancev drog (prva socialna pomoč, programi terenskega dela in drugi nizkopražni programi); storitve in programe kratkotrajnih ukrepov (osebna pomoč, pomoč družini za dom, nizkopražni programi in programi medsebojne pomoči); programe, usmerjene v doseganje trajne abstinence (terapevtske skupnosti, komune, programi celodnevni obravnave); storitve in programe reintegracije (storitev osebne pomoči in pomoči družini za dom, programi reintegracije); oblike samopomoči in samoorganiziranja uživancev drog ali njihovih bližnjih.

Strokovno delo se zato izvaja skozi različne oblike dela: terensko delo, ki deluje po načelu zmanjševanja škode. Omogoča vzpostavitev stika z užitci, kar je osnovna predpostavka za delo z njimi. Izhodišče za tovrstno delo je nizkopražni pristop, organizacijske oblike dela pa so poleg "dela na terenu", še "centri drop-in", različne bivalne oblike zavetišč, spodbujanje oblik medsebojne pomoči uživancev in podobno; storitve prve socialne pomoči in druge socialnovarstvene storitve, ki jih opravljajo javne službe (centri za socialno delo) in drugi izvajalci.

Strokovno delo je usmerjeno v prepoznavanje osebne in socialne stiske ter iskanju uresničljivih oblik pomoči, ki bodo omogočile posamezniku večjo stopnjo socialne vključenosti in s tem spodbujale odločitev za spremembo v uživanju drog; različne oblike visokopražnih programov, katerih delo je deklarativno usmerjeno v doseganje abstinence -



sprejemni in dnevni centri, terapevtske skupnosti in komune.

V delo teh programov se vključujejo posamezniki, ki želijo prenehati z uživanjem drog; "centri za reintegracijo" kot strokovna oblika dela s stabilnimi abstinenti in njihovimi bližnjimi, ki omogoča konkretno socialno vključitev. Zaključku terapevtske obravnave oziroma zdravljenja sledi eden najpomembnejših sestavnih delov, to je socialna reintegracija ali ponovno vključevanje bivših uživalcev drog v družbo.

Reintegracija nekdanjih uživalcev v družbo pomeni njihovo vključevanje na vseh ravneh in področjih, zlasti pa razvijanje socialnih veščin ter spodbujanje izobraževanja ter zaposlovanja. Pomeni tudi čim večjo stopnjo socialne participacije nekdanjih in aktualnih uživalcev drog. Na tem področju se intenzivneje razvijajo različne vsebine šele v zadnjem času, zato v naslednjih letih lahko pričakujemo širši razcvet tovrstnih pobud. Socialna reintegracija pomeni tudi zmanjševanje ali odpravo socialnih vzrokov, ki so privedli do uživanja drog, zlasti socialne izključenosti.

V vmesnem času, to je v času po vrnitvi iz rezidenčnih oblik obravnave in med popolno samostojnostjo, je potrebno vzpostaviti »stanovanjske skupine za reintegracijo«, kjer je še vedno na razpolago ustrezna strokovna pomoč.

Socialna reintegracija je pomembna tudi za osebe po prestani kazni zapora ali po prekinitvi bivanja v vzgojnih zavodih ali v prevzgojnem domu. V okviru centrov za socialno delo je dana možnost strokovnega delovanja na področju socialne rehabilitacije in reintegracije uživalcev drog.

Strokovni delavci centrov morajo biti ob ustrezni dodatni edukaciji ključni akterji pri ponovnem celostnem vključevanju nekdanjih uživalcev drog v skupnost; programi medsebojne pomoči uživalcev prepovedanih drog, njihovih bližnjih in drugih zainteresiranih; posebno pozornost je potrebno posvetiti nadaljnjemu oblikovanju dejavnosti preprečevanja socialne izključenosti tistih skupin uživalcev drog, ki so vključeni tudi v dejavnosti na drugih področjih, npr. vključeni v vzdrževalne metadonske programe, uživalci drog v zaporih in podobno. Te oblike dejavnosti predpostavljajo visoko stopnjo sodelovanja strokovnjakov

različnih strok, različnih izvajalcev v različnih sistemih. V javnih zavodih (centrih za socialno delo, ki jih imamo v Sloveniji 62) je bilo v letu 2004 obravnavanih 1118 oseb (po stanju 31. december 2004), katerih osnovna težava je bila povezana z uživanjem prepovedanih drog.

Veliko sredstev je namenjenih izključno za izvajanje različnih programov (za stroške dela oziroma za materialne stroške v primerih, ko so le-ti nujni za delovanje programa – terapevtske skupnosti in komune). Med programe, ki jih Ministrstvo sofinancira v okviru socialne rehabilitacije poleg programov, ki so namenjeni reševanju vprašanj socialnih stisk, povezanih z uživanjem prepovedanih drog, spadajo tudi programi, ki so namenjeni osebam, vključenim v programe urejanja socialnih stisk, povezanih z uživanjem alkohola in motenj hranjenja. Pretežni del sredstev je namenjen za programe, ki so namenjeni reševanju vprašanj socialnih stisk, povezanih z uživanjem prepovedanih drog. V letu 2004 (Ferlan- Istenič 2007) so bili v Sloveniji v okviru dopolnilnih programov sofinancirani programi (vsi naštetih programi so bili vključeni v večletno sofinanciranje – obdobje petih let): Center za socialno delo Ljubljana – Moste Polje; Korak Ljubljana,“ Društvo Projekt Človek, Ljubljana; ZZVMB; Center za preprečevanje odvisnosti Maribor; Center za socialno delo Kranj; Program za pomoč in terapijo zasvojenih, Kranj; Zavod Pelikan Karitas; Terapevtska skupnost “SREČANJE” Ljubljana; Zavod Pelikan Karitas; Program pomoči in celodnevne bivanja za zasvojene Ljubljana; Škofijska Karitas Maribor; Terapevtsko pripravljalni center, Maribor; Društvo za pomoč odvisnikom in njihovim družinam “Pomoč”; Podpora osebam, ki imajo težave zaradi uživanja nedovoljenih drog in njihovim svojcem, Sežana; Društvo za pomoč in samopomoč Želva – Eureka Žalec; Dnevni center za mladostnike, ki uživajo drogo, in njihove svojce; Žalec; Združenje DROGART, Preprečevanje škodljivih posledic plesnih drog med mladimi; Ljubljana; Zavod VIR – preprečevanje odvisnosti in rehabilitacija uporabnikov drog med mladimi Celje; Društvo »UP« Društvo za pomoč zasvojencem in njihovim svojcem Slovenije, Pomoč zasvojencem in njihovim svojcem; Ljubljana; Društvo za pomoč odvisnikom in njihovim družinam SVIT Koper, Delo z odvisniki od drog in njihovimi svojci, Koper. Poleg naštetih programov pa smo v letu 2004 sofinancirali še številne druge programe, s katerimi so bile sklenjene enoletne pogodbe. V letu 2004 so v Sloveniji delovale naslednje komune in terapevtske skupnosti: Pod okriljem Zavoda Pelikan Karitas delujejo komune: Center Sveta Trojica, Center Kobilje, Center Nova Gorica, Center na Čadrgu, Center v Vremah, Center na Razborju kot edini center, ki je namenjen dekletom).

V letu 2004 je bilo v vseh slovenskih centrih (komunah) vključenih 74 uporabnikov. Pod okriljem Društva Projekt ČLOVEK deluje terapevtska skupnost v Sopotnici. Število vseh obravnavanih uporabnikov vključenih v program Projekt Človek v letu 2004 je bilo približno 780. V programe nevladnih organizacij, ki so s strani ministrstva sofinancirani z večletnimi pogodbami in so usmerjeni v doseganje stabilne abstinence, je trenutno vključenih približno 700 uživalcev drog. V programe, ki zahtevajo tudi dejavno sodelovanje staršev, pa je vključenih še približno 700 staršev. V nizkopražne programe je vključenih približno 1.400 uživalcev drog in 500 svojcev. Eden od programov, ki je usmerjen v problematiko plesnih drog, se izvaja tudi na rejverskih prireditvah (rave) dogodkih, zato dosega več tisoč mladih letno, ima pa ta program letno tudi več desetisoč obiskovalcev svoje spletne strani - [www.DrogArt.org](http://www.DrogArt.org). Posamezni programi izvajajo tudi telefonsko posredovanje informacij in nudenje pomoči. Izvajalca, ki bi izvajal samo tovrstno obliko pomoči, za uživalce drog in njihove bližnje, ni. V zadnjem obdobju tudi na Ministrstvu za delo, družino in socialne zadeve zaznavamo povečano število oseb, uživalcev drog, ki so postali brezdomci.

Prav iz tega razloga je Ministrstvo že v preteklih letih v okviru mreže nizkopražnih programov podprlo program zavetišča za brezdomce, uživalce drog v Ljubljani. Tudi v letu 2004 v Ljubljani deluje Zavetišče za brezdomce, uživalce drog, v katerega je vključenih približno 15 uživalcev. V prihodnjih dveh letih načrtujemo še vzpostavitev tovrstnih zavetišč v Mariboru, Celju, Novi Gorici in Kopru. Po podatkih, ki so nam na voljo, je možno sklepati, da je med rednimi uživalci drog velik delež nezaposlenih. Ob izpolnjevanju pogojev, določenih v zakonu o socialnem varstvu, so upravičeni do prejemanja denarne socialne pomoči. Programi, ki delujejo v okviru redne dejavnosti, so financirani kot redna dejavnosti centrov za socialno delo.

Programi, ki delujejo kot dopolnilni programi socialnega varstva, so sofinancirani s strani Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve, vendar sofinanciranje dosega največ 80 % celotne vrednosti programa, ostala sredstva za izvajanje programa pa morajo izvajalci zagotoviti sami. Sredstva so namenjena predvsem za pokritje stroškov zaposlitev in materialnih stroškov v tistih primerih, kjer je to nujno potrebno za delovanje programa. Izvajalci programov težko pridobivajo sredstva za sofinanciranje programov s strani lokalnih

skupnosti.

Zaradi zavedanja “nespecifičnosti” uživalcev drog in iskanja ustreznih strokovnih odzivov na “nespecifične” potrebe se v sistemu socialnega varstva podpirajo izredno raznoliki programi, ki obsegajo od ponudbe storitev v okviru javnih zavodov (centrov za socialno delo) do programov nevladnih organizacij, od terenskih nizkopražnih pristopov do izredno strukturiranih terapevtskih skupnosti, od uporabe metod neposrednega osebnega stika z uživalci drog in samopomočnih skupin do uporabe elektronskih medijev za vzpostavitev stikov.

V sistemu socialnega varstva so vse dejavnosti usmerjene v zviševanje stopnje socialne vključenosti. Temu ustrezno se prilagaja tudi načrtovanje izvajanja programov, namenjenih problematiki uživanja drog. Vsi visokopražni programi, ki se izvajajo v Sloveniji, vključujejo elemente reintegracije, kar pomeni, da je del programa namenjen prepoznavanju možnosti in spodbujanju vključevanja v vsakodnevne dejavnosti.

Nekateri izvajalci so oblikovali poseben del programa, ki je usmerjen v reintegracijo in v katerega vstopajo uživalci, ki so predhodno bili prej vključeni v program vzpostavljanja stabilne abstinence tega izvajalca. Posebnega programa reintegracije, ki bi bil odprt za vse, ne glede na dosedanje obravnavo pri posameznem izvajalcu, ni. Pomemben delež v procesu socialne reintegracije predstavljajo socialnovarstvene storitve centrov za socialno delo, ki so na voljo posameznikom, družinam in skupinam v socialni stiski ali težavi, ki je ne zmorejo sami obvladati.

V okviru obstoječih programov obstajajo nekateri programi, ki uživalcem zagotavljajo možnost nastanitve po končani intenzivni obravnavi v programu. Takšen program izvaja Društvo Up, ki ima zagotovljeno stanovanjsko enoto za bivanje. V prihodnje načrtujemo vzpostavitev dodatnih stanovanjskih enot za bivanje tudi v drugih krajih Slovenije. V okviru že obstoječih programov obstaja tudi mreža programov, ki v okviru svojih programov skrbi tudi za izobraževanje in usposabljanje oseb, vključenih v socialno reintegracijo. Posebnega programa, ki bi bil namenjen zgolj izobraževanju in usposabljanju, še nimamo. Posebnega programa za zaposlovanje oseb, ki so v procesu socialne rehabilitacije, nimamo. Obstajajo pa

drugi programi, ki so namenjeni reševanju problematike, povezane z aktivno politiko zaposlovanja, v katere se lahko vključijo tudi uživalci (Ferlan- Istinič in Kociper 2007: 236-140).

### **4.3 SPECIFIKA REINTEGRACIJE ŽENSK UŽIVALK PREPOVEDANIH DROG**

V poglavju »Ženske in odvisnost od prepovedanih drog« so med drugim definirane razlike med spoloma glede uživanja prepovedanih drog, hkrati pa tudi psihosocialne karakteristike žensk, uživalk prepovedanih drog. Dejstvo je, da različnost med spoloma pogojuje tudi posebne oblike programov, ki bi bili v pomoč ženskam v procesu okrevanja od prepovedanih drog. Hkrati pa je potrebno znotraj ženske populacije ponuditi še dodaten program, ki bi zadostil potrebe ženskam, ki so bile žrtve spolne zlorabe. Gre torej za tri dimenzije ranljivih skupin:

- ranljiva skupina uživalcev prepovedanih drog (moški in ženske)
- ženske, uživalke prepovedanih drog kot ranljiva skupina znotraj subkulture uživalcev prepovedanih drog,
- spolno zlorabljene uživalke prepovedanih drog, kot ranljiva skupina

Če govorimo o ranljivih skupinah, je ob tem potrebno omeniti stigmo, kot spremljajoči dejavnik. Ranljive skupine, ki se nahajajo na robu družbenega delovanja, karakterizira povečan rizik za popolno izključenost iz tega kroga. Definirane so kot ranljive, ker ne razpolagajo z dovolj družbene moči – ne sodelujejo v procesu družbene reprodukcije, ne sodelujejo pri odločanju, nimajo možnosti dostopa do informacij. Oddaljenost od centrov družbene moči ima za posledico začarani krog deprivacije, ki vodi v socialno izključenost. Odvisni od prepovedanih drog se poleg zdravstvenih težav soočajo z vrsto socialno-ekonomskih problemov in primanjkljajev – brezposelnost, nizke kvalifikacije, slabe socialne veščine, slaba socialna mreža, brezdomstvo. Prav tisti primanjkljaji povzročajo otežen izstop iz začaranega kroga odvisnosti. Zaradi tega je pri obravnavi odvisnikov nujen holističen pristop. Po vzpostavitvi zdravstvene stabilizacije naj bi bil poudarek pri resocializaciji

pacientov predvsem na krepitvi socialnih moči. V fazi vključevanja v družbo je nujno ustvariti podpora okolja na državnem nivoju, lokalni skupnosti, na nivoju družine in Delo z ranljivimi skupinami, je predvsem usmerjeno v prewencijo socialne izključenosti posameznika.

Uživalci prepovedanih drog in ljudje z duševnimi motnjami so izpostavljeni stigmatizaciji, zapostavljanju in odrivanju na obrobje družbe. Zaradi teh vplivov okolja pogosto izražajo negativna čustva, kot so strah, krivda sram, opisujejo negativno samopodobo in se neustrezno vedejo. Mnogo oseb z duševno motnjo govori o tem, da jo stigma in z boleznijo povezani predsodki enako ali celo bolj obremenjujejo, kot sami povezani simptomi in z njo povezana nezmožnost.

Ni pomembno ali uživalci stigmatiziranost dejansko izkusijo ali pa jo le predvidevajo. Stigma ovira odvisnika pri družbenih stikih, iskanju zaposlitve in zmanjšuje kakovost njihovega življenja. Hkrati slabša samopodobo in znižuje samospoštovanje ter predstavlja oviro pri iskanju pomoči.

V Sloveniji, razen Skupnosti Srečanje in Centra za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v Ljubljani, ni reintegracijskega programa, ki bi nudil specifične vrste ponudbe za ženske uživalke prepovedanih drog, prav tako ni programov za spolno zlorabljene uživalke drog.

Iz poročila Inštituta za varovanje zdravja, razlikah med spoloma glede na uživanje prepovedanih drog, je razvidno, da imajo ženskeo nižjo tolerance, v manjšem številu posegajo po drogah, kar nekateri strokovnjaki utemeljujejo z bojaznijo pred dvojno stigmo, pogosto prvič uporabi drogo, ponujeno s strani partnerja, imajo pogostejšo izkušnjo zlorabe, imajo več psihičnih simptomov, manj težav z zakonom, prej poiščejo pomoč zaradi odvisnosti, so mlajše ob prvem zaužitju droge, pogosteje si drogo vbrizgavajo, in pogosteje živijo s partnerjem, ki je tudi odvisen od drog. Lahko povzamem, da se ženske glede na uživanje drog razlikujejo od moških glede na vzorec jemanja drog, psihosocialne karakteristike in fiziološke posledice uporabe drog. Obstaja pa še ena pomembna razlika, to pa je nosečnost in težave povezane z nosečnostjo, rojstvom in skrbjo za otroka.

## **4.4. PRIMERI DOBRE PRAKSE**

V nadaljevanju bom predstavila dva visokopražna programa s ponudbo reintegracije in sicer reintegracijski center Geteway, Pensylvania, USA in Center za zdravljenje odvisnosti, Ljubljana (v nadaljevanju CZOPD)

Visokopražni programi so programi, ki zajemajo tiste zasvojenca, ki so zmožni kontrolirati svoj dominanten problem v smislu, da ga lahko blokirajo, se pravi, da so sposobni abstimirati vsaj krajše obdobje, ne zmorejo pa (brez ustrezne pomoči) trajnega ohranjanja abstinence. Visokopražni programi zastopajo miselnost, da človek svojo odvisnost lahko preseže in gledajo na človeka kot na celoto, v kar se vključuje tudi dimenzija svobodnega odločanja o sebi. Bistvo teh programov ni, da človeka spremenijo v smislu njegovih potez in lastnosti, pač pa, da se razvijejo dodatne zmožnosti, ki posamezniku omogočajo konstruktivno živeti s sabo in svojimi lastnostmi. V visokopražne programe vključujemo uporabnike, ki so zasvojeni s prepovedanimi drogami, izjemoma tudi z alkoholom in so pripravljeni reševati ta problem, hkrati pa se dotakniti celostnega urejanja odvisnosti na telesnem, duševnem, socialno odnosnem in na duhovnem področju. Hkrati se v programe vključujejo tudi njihovi bližnji (starši, partner, sorodniki), saj sodelovanje le teh bistveno vpliva na uspešnost urejanja od drog.

### **4.4.1. PRIMER DOBRE PRAKSE IZ TUJINE- Reintegracijski center Geteway, Pensylvania, USA**

Geteway center je nevladna organizacija, deluje od januarja 1972 in ima svoje mrežo ponudbe razširjeno v številna ameriška mesta (Washington, Pittsburgh, Greensburg, itd.). Program pa poskušajo organizirati tudi v tujini. Center je organiziran celostno, zajema tako medicinsko, kot psihosocialno pomoč in je visokopražen.

Njihovo vodilo oz. filozofija je, da je odvisnost od drog hitro napredujoča bolezen, ki se jo da obravnavati in obvladovati na fizičnem, psihičnem, intelektualnem, emocionalnem, socialnem in spiritualnem nivoju. V proces reintegracije so vgrajena načela 12 korakov anonimnih alkoholikov (AA).

V sklopu zdravstvene ponudbe imajo organizirano detoksikacijo, ki jo izvajajo tako v bolnišnici kot ambulantno. Ponujajo delno izvenhospitalno postdetoksikacijsko obravnavo, svetovanje in posebno ponudbo za mladoletne odvisnike od prepovedanih drog. Kapaciteta detoksikacije je 345 obravnav, vključijo pa se lahko odrasli, "mladi in mladoletni" odvisniki od prepovedanih drog, ki se želijo vključiti v nadaljnjo obravnavo.

V sklopu izvenbolnišnične obravnave ponujajo možnosti obravnave reintegracije v terapevtskih skupnostih, organizirane pa imajo tudi servisne službe, ki nudijo 24 urno svetovanje vse dni v tednu. Poleg terapevtskih skupnosti, ki se bistveno ne razlikujejo od ostalih, pa je pomembno, da je njihov program usmerjen v potrebe ranljivih skupin znotraj populacije odvisnih od prepovedanih drog.

Tako nudijo posebne programe za:

- mladostnike, ki so v sodni obravnavi zaradi kriminalnih dejanj,
- mladostnike stare od 12-18 let,
- zapornike, po prestajanju zaporne kazni,
- ženske
- odvisnike z pridruženo psihično motnjo,
- vzporedni program za svojece,
- odvisnike, ki jim je primarna droga kokain

Programi, namenjeni zgoraj navedenim skupinam, vsebujejo poleg splošne ponudbe terapevtske skupnosti, skupine, ki so usmerjene v intenzivno učenje socialnih veščin, tehnik reševanja problemov, obvladovanja jeze in drugih čustvenih stanj, soodvisnosti in v obravnavo stisk zaradi zlorab. Pri delu z žensko populacijo, ki predstavlja 25% uporabnikov njihovega programa, ponujajo možnost nastanitve v ločenih centrih, sprejemajo tudi nosečnice in matere z otroci.

Program deloma sofinancira država, deloma pa uporabniki programa.

Prednosti tega programa so vsekakor obravnavo ranljivih skupin, posebno mladostnikov in žensk, dobra organizacija, dostopnost uporabnikom, fleksibilnost in celostna ponudba. Določene elemente bi se dalo vgraditi v kakšnega od že obstoječi reintegracijskih centrov,



vendar je ovira edukacija kadra, ki bi se ukvarjal z določeno ranljivo populacijo, ravno tako pa tudi denarna participacija uporabnika, kar pri nas ni vpeljana.

#### **4.4.2. PRIMER DOBRE PRAKSE V SLOVENIJI**

##### **Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog Ljubljana-CZOPD**

V nadaljevanju magistrske naloge bom, kot primer dobre prakse, predstavila Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog (v nad. CZOPD), ki je od leta 1995 deluje v okviru Psihiatrične klinike Ljubljana, Center, v katerem sem kot socialna delavka in vodja dnevnega centra tudi zaposlena od leta 1996. Je medicinski model, vendar pa je trenutno edini v Sloveniji, ki nudi celostno obravnavo odvisnim od prepovedanih drog, deluje multidisciplinarno in vsebuje reintegracijski del, kot povezava med medicinskim modelom in ostalimi oblikami ponudbe. Predvsem pa nudi posebne programe ženskam, posebno tistim, ki so žrtve zlorab in ostalih oblik nasilja. CZOPD je povezan v Koordinacijo centrov za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti (trenutno je v Sloveniji 20 centrov za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti). V svoj program vključuje prostovoljce, ki so dobro poučeni o problemu odvisnosti. Tako prostovoljcem kot zaposlenim zagotavlja redno supervizijo. CZOPD omogoča prakso študentom številnih fakultet in je učni center za mnoge vladne in nevladne organizacije. Tesno sodeluje z slovenskimi zaporji in drugimi institucijami, kar je posebno pomembno za uspešno izvedbo programa socialne reintegracije.

##### **Svetovanje, ambulantno in bolnišnično zdravljenje, dnevni reintegracijski center**

Program obsega svetovanje, ambulantno in bolnišnično zdravljenje, izobraževanje, raziskovanje, založništvo in koordinacijo. Ambulantno delo je v obliki individualnih pogovorov ali terapevtskih skupin. Največje število pacientov torej zdravijo ambulantno. To delo poteka v obliki individualne ali skupinske terapije in v Dnevnem centru. Vključuje lahko tudi delo s svojci ter partnersko ali družinsko terapijo. Program zdravljenja načrtujejo skupaj s pacientom. V dogovoru z njim pa je zaželeno tudi sodelovanje pomembnih bližnjih. Zdravljenje lahko torej poteka samo ambulantno. Trudijo se, da za prvi pregled čakalna doba ni daljša od 10 do 14 dni.

Pri tistih, za katere je ustrežnejše tudi bolnišnično zdravljenje, optimalno osnovni program obsega dva do tri mesece ambulantne priprave za sprejem v bolnišnico. V tem času pacienti in svojci običeje pripravljajo skupino.

Sledi sprejem v bolnišnico na šesttedensko zdravljenje na Oddelku za detoksikacijo s kasnejšo možnostjo osemtedenskega nadaljevalnega zdravljenja na Oddelku za intenzivno podaljšano zdravljenje. Nato je možna vključitev v Dnevni center 2 do 3-krat tedensko, v katerem zdravljenje poteka še šest mesecev, lahko pa tudi manj ali več. Že v času zdravljenja v

Dnevnom centru pa se je možno vključiti v programe dodatnih terapevtskih skupin, kluba ali skupin za samopomoč. Dnevni center ponuja tudi podporni dnevni center za uporabnike substitucijske terapije, ki je namenjen stabilizaciji na substituciji, edukaciji o nevarnosti uživanja drog, učenju socialnih spretnosti in planiranju. Podporni dnevni program poteka dvakrat tedensko. Opisan tipičen potek zdravljenja prilagajajo v vsaki fazi potrebam in možnostim posameznika (obliki bolezni odvisnosti, morebitnim pridruženim duševnim motnjami ali stiskam povezanimi z posttravmatsko motnjo, telesnim boleznim, starosti, oddaljenosti, zaposlitvi, šolanju itd.). Če ugotovijo, da opisano zdravljenje za posameznega pacienta ni optimalno, se dogovorijo za drugačne, ustrežnejše možnosti. Pacientu torej avtomatično "ne pripada" ves program v opisani obliki, temveč se glede na njegov napredek v zdravljenju išče najustreznejše oblike pomoči. Možno je torej vstopati tudi le v posamezne oblike zdravljenja, še posebej v ambulantni obravnavi oziroma Dnevnom centru pa le v nekatere programe.

Program je povezan z 20 centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od drog. Tudi iz teh centrov sprejemajo paciente in možna je nadaljnja obravnava po odpustu z zdravljenja. Program je povezan z vsemi drugimi vladnimi, nevladnimi in prostovoljnimi oblikami pomoči, tudi z vzgojnimi zavodi ter zavodi za izvrševanje kazni zapora. V sklopu programa deluje tudi ambulanta za obravnavo odvisnikov in njihovih svojcev z organizirano ambulantno službo, ki vključuje diagnostiko, triažo, ambulantno detoksikacijo, individualno in skupinsko terapijo, družinsko ter partnersko terapijo, obravnavo zlorab z vidika ženske

podporne skupine, intenzivno obravnavo v smislu dnevne bolnice in rehabilitacijo.

V ambulantni poteka tudi priprava na hospitalno obravnavo in po hospitalni obravnavi pomoč pri rehabilitaciji in reintegraciji v družbo. V sklopu programa deluje tudi posvetovalnica za odvisnike, svojce ter svetovanje drugim službam, policiji, šolstvu, socialnemu delu, pri izvrševanju kazenskih sankcij itd. Sodelujejo z drugimi vladnimi in nevladnimi organizacijami, svetovalnicami (terapevtskimi skupnostmi, komunami in skupinami za samopomoč..). Nudijo pomoč pri vzpostavljanju samopomočnih skupin (klubi zdravljenih uživalcev in svojcev, "Narcotics Anonymus").

Na prvi pregled se lahko naroči kdorkoli, ki ima težave s svojo odvisnostjo ali z odvisnostjo bližnjih. Za prvi stik s centrom so uvedli ustrezno usposobljenega medicinskega tehnika, ki je sposoben dati osnovne informacije o možnostih obravnave v centru ter tudi skupaj z administrativnim delavcem naroča paciente na pogovor. Dogovorijo se o najustreznejši obliki obravnave..

Prvi pogovor je z zdravnikom, s katerim se odvisnik, glede na vrsto težav, dogovori, katerega terapevta bo obiskoval kasneje(lahko tudi psihologa, socialnega delavca ali pedagoga) Pogoji za vstop v program: urejeno zdravstveno zavarovanje. Evalvacija (vrednotenje) programa: gre za nov razširjen program od februarja 2003, ki je še v razvoju. Financiranje programa: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Ministrstvo za zdravje, Ustanova Odsev se sliši. Publikacije in drugi produkti programa: zloženka o oddelku za detoksikacijo, v pripravi je nova zloženka, publikacije Ustanove Odsev se sliši. Zaposleni v programu: 3 zdravniki psihiatri, 4 univerzitetni diplomirani psihologi, 3 socialne delavke, 1 socialni pedagog 2 delovna terapevta, 3 diplomirane medicinske sestre, 11 srednjih medicinskih sester, 3 administrativni delavci.

### **Vloga socialnega delavca skozi faze obravnave odvisnosti v CZOPD**

Vloga socialnega delavca pri obravnavi odvisnosti je močno odvisna od vrste in nivoja programa (visoko in nizkopražni programi), kjer izvaja nudenje pomoči. Socialno delo v nizkopražnih programih se razlikuje predvsem v tem, da je pomoč usmerjena v zmanjševanje škode ob tem, da odvisni drogo še vedno jemlje, hkrati pa je eden od ciljev usmerjanje od droge k iskanju načina za vzpostavljanje abstinence. Z razliko od visokopražnih modelov, kjer

je vloga socialnega delavca oblikovana z drugačnimi cilji, ki so že naravnani v vzdrževanje abstinence, reintegracijo in resocializacijo. Svetovalno delo je eno od ključnih načinov, ki se ga da implementirati na različna področja dela z odvisnimi, vendar pa je ob tem nujno dobro poznavanje metod in tehnik svetovalnega dela, ena od ključnih je spretnost komuniciranja. Program socialne službe, ki ga izvajamo v okviru Centra za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog, bi lahko predstavili vertikalno v treh sklopih in horizontalno na treh nivojih. Le ti so povezani z celostno organizacijo centra, ki temelji na treh programih in sicer začetnega programa hospitalnega zdravljenja zasvojenih z prepovedanimi drogami, nadaljevalnega odprtega oddelka zdravljenja in tretjega reintegracijskega, oz. dnevnega oddelka kjer je največ poudarka na psihosocialnih intervencijah. Poleg navedenih programov poteka delo še na nivoju individualnega svetovanja pred vključitvijo v program in dodatnimi skupinami, ki so namenjene psihosocialni rehabilitaciji in so med drugim namenjene tudi posebno ranljivim skupinam (npr. Ženska skupina, ki je namenjena spolno zlorabljenim ženskam, skupina mladostnikov in druge).

### **Individualno svetovalno delo**

Individualno predbolnišnično svetovanje zajema pripravo socialne anamneze za vsakega klienta, ki se odloči za vključitev v program. Na podlagi socialne anamneze se pripravi individualni načrt, oz. analizo tveganja. V tem obdobju se že vspostavi mreža pomoči, v katero je potrebno vključiti svojce, CSD- je in druge organizacije, ki pripomorejo k izboljšanju stanja klienta v tej fazi. V tem delu klient obišče socialnega delavca najmanj trikrat, prvič, da se opravi socialna anamneza, drugič, da se sestavi individualni načrt, oz. analiza tveganja in tretjič, da se zastavijo cilji do vključitve v bolnišnični del, oz. cilju ki si jih zastavita do zadnje faze zdravljenja. Pred vstopom v bolnišnični del zdravljenja soc. delavka predstavi posameznega klienta teamu, prav tako priloži, s klientovim pisnim privoljenjem, tudi socialno anamnezo, načrt pomoči in cilje za posamezne faze programa. Ob klientovem vstopu v bolnišnični del zdravljenja soc. delavka nadaljuje z individualnim delom in sicer na nivoju preverjanja zastavljenih ciljev iz individualnega načrta in s pomočjo oblikovanja nadaljnjih ciljev. Seveda pa tudi z nudenjem pomoči pri odpravljanju sprotnih socialnih stisk. V bolnišničnem delu so svetovalni razgovori enkrat tedensko, za vsakega klienta, v točno določenem terminu, o zaključkih razgovora soc. Delavka obvesti klientovega terapevta oz.

multidisciplinarni team. Ob zaključku prvega dela zdravljenja se naredi povzetek, analizo zastavljenih ciljev. Če se klient ne odloči za nadaljnje zdravljenje, se soc.del.dogovori še za tri individualna svetovanja z namenom prilagoditve individualnega načrta in analize tvegana, sicer pa ga spremlja v nadaljevalni trimesečni odprti program. Princip individualnega dela je isti, le cilji so usmerjeni na daljši rok, več je vključevanja povazovanja z institucijami in svojci, enako velja tudi za prehod v dnevni center, razlika je ponovno v večjem povezovanju in širitvi socialne mreže.

Na nivoju svetovalnega dela je v CZOPD na voljo stalna individualna pomoč glede partnerskih odnosov, stisk v družini, svetovanje glede nosečnosti, oz. pomoč pri starševstvu, urejanju socialnih stisk, povezovanje z ostalimi institucijami in obravnava zlorabe. Obravnava, ki se nanaša na zlorabe, je prilagojena na fazo v procesu okrevanja. Pri svetovalnem delu je pomembno, da najprej postavimo prioritete težav, predvsem dosežemo stabilno stanje glede uživanja prepovedanih drog in šele potem začnemo z vsebinami, ki se nanašajo na travmo.

### **Delo s skupino**

Socialni delavec vodi skupine samostojno ali v paru in sicer skupine, ki so vezane na časovno določen program in so vsebinsko prilagojene namenu in cilju posameznega programa, podporne skupine, ki niso časovno omejene in so namenjene posebnim ciljnim skupinam, edukativne skupine in skupine, ki so namenjene informiranju.

Skupine, ki so vezane v posamezni program so:

V pripravljalni fazi soc.delavka vodi informativno skupino za pripravo na zdravljenje. V obdobju šesttedenskega hospitalnega zdravljenja, samostojno vodi dve skupini učenja socialnih spretnosti, v tej fazi so socialne spretnosti usmerjene predvsem v prepoznavanje stiske glede uživanja drog in možnosti spremembe življenjskega stila. Prav tako samostojno vodi edukacijsko skupino za starše, ki poteka enkrat tedensko. Vsebine skupin so vnaprej pripravljene, imajo vsebine, ki so vezane na cilje in namen oddelka o poteku socialna delavka poroča teamu, podatki ali slikovni materiali pa se hranijo v mapah klientov. Skupaj z ostalimi člani teama sodeluje še na dveh terapevtskih skupinah.

Na odprtem oddelku, kjer zdravljenje poteka tri mesece, samostojno vodi skupine za učenje socialnih spretnosti, ki potekajo dvakrat tedensko po dve uri, skupaj z koterapevtom vodi skupino svojcev in klientov, ki poteka enkrat tedensko dve uri, v tej fazi vodi tudi žensko

skupino. Dvakrat tedensko po uro in pol pa je prisoten na tematskih skupinah.

V dnevnem centru, kjer je velik poudarek na psihosocialni reitegraciji, je vloga socialnega dela zelo pomembna. Samostojno vodi trening socialnih spretnosti, v tej fazi močno usmerjen v konkretne akcije glede vključevanja v družbo, iskanja zaposlitve, reševanja partnerskih stisk, urejanja družinske situacije, učenja komunikacije in organiziranja prostega časa. Socialna delavka vodi podporno skupino za svoje, skupino za planiranje, „žensko skupino“, samopomočno skupino za svoje in skupino za uporabnike po končanem programu CZOPD.

V vsaki od zgoraj navedenih skupin je priložnost za obravnavo, ki se dotika tudi ženske problematike. Posebna skupina, ki je namenjena samo ženskam, se imenuje „ženska“ ali „gender“ skupina. To je podporna skupina, ki jo bom predstavila v nadaljevanju .

### **Socialni servis v centru za zdravljenju odvisnih od prepovedanih drog**

Socialni servis centra je usmerjen v izvajanje različnih socialnih intervencij, ki se lahko nanašajo na stiske in težave definirane že v socialni anamnezi in načrtu pomoči, prav tako pa tudi na stiske in težave posameznika, ki nastajajo v različnih fazah zdravljenja. Te intervencije so usmerjene v izvajanje prve socialne pomoči, osebne pomoči, pomoči družini . Da se vse našteje socialnovarstvene storitve v sklopu zdravstva lahko izvajajo, je potrebna močna povezanost med ostalimi institucijami, predvsem CSD, ZZV, ZZP, zapori, prevzgojnimi institucijami, šolami, centri za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Glede na populacijo je potrebno tudi pri krajših intervencijah veliko več angažiranosti in spretnosti motivacije, ravno zaradi nezaupanja klientov, označenosti in občutka brezizhodnosti v institucionalnih sistemih.

Da tovrstni deluje kot celota, je potreben jaseen pretok iformacij tako na nivoju multidisciplinarnega tama, ki je organiziran po oddelkih, prav tako medoddelčnega sodelovanja in izmenjave informacij . V pomoč je lahko redno beleženje srečanj s klientom, ki se vlaga v mapo socialnih storitev, tedensko ustno poročanje o sodelovanju klientov na teamskih sestankih, poročilo o izvedbi individualnega načrta ob koncu zdravljenja, kratko mesečno poročilo o delu službe socialnih storitev, letno poročilo in rezultati dela službe in evalvacija zadovoljstva klientov z delom socialne službe. Ob tem pa je potrebno poudariti pomen varovanja podatkov.

### **Namen socialnega dela v procesu reintegracije na CZOPD:**

- zmanjševanje, odpravljanje in preprečevanje socialnih stisk in težav posameznikov, družin in ciljnih skupin, ki nastajajo zaradi uživanja prepovedanih drog s pomočjo strokovnih delavcev in sodelavcev
- boljše socialno funkcioniranje, krepitev socialne mreže, spodbujanje abstinence in preprečevanje recidiva,
- socialna reintegracija,
- rehabilitacija z poudarkom na novih življenjskih vsebinah
- edukacija in socialna integracija
- vključevanje dela z ranljivimi skupinami
- usmerjanje v samopomočne skupine
- vzpodbujanje širjenja mreže pomoči na podobnih principih socialnega dela
- aktivno vključevanje in delo z družino, kjer je eden ali oba starša odvisna od prepovedanih drog,
- obravnava žrtev zlorab,
- nudenje pomoči otrokom in mladostnikom staršev, ki so odvisni od prepovedanih drog
- preventivne edukacije o odvisnosti

### **Cilji socialnega dela v CZOPD Ljubljana**

Cilji programa glede na faze:

#### Predhospitalni del

- oblikovanje socialne anamneze posameznika, izdelava načrta pomoči in analize tveganja,
- vzpostavitev ali izboljšanje odnosov, komunikacije s svojci oz. pomembnimi ostalimi,
- pomoč pri vzpostavitvi stika z različnimi institucijami, ki lahko pomagajo pri socialnem okrevanju,
- motiviranje za vključitev v nadaljnje zdravljenje
- svetovanje iz področja socialnovarsvenih storitev
- informiranje klientov in svojcev o programih Centra in možnostih sodelovanja

- educiranje klientov in svojcev o vsebinah ki se nanašajo na vzroke, načine in posledice uživanja droge,
- sodelovanje in izmenjava informacij o klientu v multidisciplinarnem teamu,
- vzporedno delo z svojci
- vključevanje prostovoljcev v delo s klienti
- usmerjanje in psihosocialna priprava za bolnišnični del zdravljenja
- posebna obravnava žensk z poudarkom na obravnavi zlorab

#### Bolnišnični del:

- individualno spremljanje poteka izvedbe načrta pomoči in analize tveganja
- oblikovanje delavnega načrta za prvi del rehabilitacije
- izvedba skupin učenja socialnih spretnosti, ki so namenjene socialni rehabilitaciji
- izvajanje storitev socialnega servisa
- edukacija svojcev o vsebinah, ki se nanašajo na področje odvisnosti od prepovedanih drog
- nasveti in informacije o socialno varnejšem življenju brez drog
- vključevanje prostovoljcev pri izvajanju socialne rehabilitacije
- sodelovanje v teamu
- evalvacija tega dela programa

#### Odprti in reintegracijski oddelek oddelek oddelek:

- individualno spremljanje in pomoč pri izvedbi načrta pomoči
- izdelava delavnega načrta za drugi del socialne rehabilitacije z elementi integracije
- izvajanje socialnega servisa s poudarkom na samostojnih intervencijah pri iskanju zaposlitve
- dodelava socialne anamneze in definicija kratkoročnih ciljev
- vzporedno delo s svojci in pomoč pri vzpostavljanju komunikacije
- vodenje skupin svojcev in kombiniranih skupin
- izvedba različnih tematskih skupin v smislu aktivizacije, oblikovanja samopodobe, učenja inter in intraosebne spretnosti,
- izvedba podporne ženske skupine
- partnersko svetovanje staršem odvisnikom,
- edukacija svojcev,



- usmerjanje in motivacija za življenje brez droge na skupinskem individualnem in družinskem nivoju
- vključevanje prostovoljcev v navedene oblike pomoči
- povezovanje z zunanjimi institucijami,
- kreiranje zaposlitve,
- sodelovanje z teamom

### **Oblike pomoči ženskam, uživalkam prepovedanih drog v CZOPD z poudarkom na »ženski skupini«**

Oblike pomoči ženskam, uživalkam prepovedanih drog, so v CZOPD predvsem prilagojene na potrebe uporabnic in fazi obravnave odvisnosti. Ker je program multidisciplinaren, je tudi ponudba pomoči ženskam različna in se nanaša predvsem na izraženo stisko.

Kot sem predhodnih poglavji opisala, je več, kot polovica žensk, ki vstopa v proces obravnave, fizično, psihično ali spolno zlorabljenih. Za obravnavo spolnih zlorab je v CZOPD na voljo individualno svetovanje v vseh fazah, prav tako pa ponujamo, kot možnost za okrevanje po zlorabi, v kombinaciji z vzdrževanjem abstinence in socialno reintegracijo, »žensko podporno skupino«

Raziskave kažejo, da ženske z izkušnjo zlorabe, v procesu zdravljenja od prepovedanih drog in v procesu reitegracije težje spregovorijo o svojih stiskah v heterogenih skupinah. Navajajo strah, sram in stisko, ki jim otežuje izražanje primarnega problema. Pogosto navajajo, da bi o tem lažje spregovorile v istospolnih skupinah (Nelson-Zlupko in dr., 1995; po Dular, 2007).

Ženske v istospolnih skupinah poročajo, da so imele več občutka varnosti, bližine in razumevanja, zato so lažje in z manj sramu in ponižanja spregovorile o nasilju, zlorabi in ostalih vsebinah, ki se nanašajo na njihovo življenje z drogo. Lažje so spregovorile o čustvih, spolnosti in odnosih z partnerji (Hodgins in dr., 1997; po Dular, 2007).

Podobne vsebine so navajale tudi uporabnice CZOPD. Opažali smo, da so ženske, ki so v individualnih pogovorih navajale zlorabe, imele več težav pri izražanju vsebin, ki se nanašajo na odnose, čustva, zlorabo, nasilje, občutek lastne vrednosti, samopodobo in samoškodljive

oblike vedenja.

Da bi lažje izrazile svoje stiske, smo 1997 uvedli posebno obliko podporne skupine, t.i.«ženske skupine», katere osnovni namen je, da ima ženska priložnost v varnem okolju spregovoriti o vsebinah, ki so posledično vplivale na izbiro načina življenja, pri mnogih je bila to prepovedana droga. Skupina je bila v začetku organizirana v vseh treh fazah zdravljenja, vendar so nam rezultati pokazali, da je v fazi detoksikacije še pre zgodaj odpirati področja zlorab. Lahko se namreč zgodi, da je stiska ob podoživljanju travme prehuda in da ženska ne zdrži psihičnega pritiska. Pogosto je lahko posledica predčasnega odhoda iz programa, kar pa je lahko rizično za recidiv. Tako z žensko podporno skupino ponudimo v drugi fazi zdravljenja, to je v procesu osem tedenskega zdravljenja na Odprtem oddelku. Skupina poteka enkrat tedensko, z dvema stalnima terapevtkama. Vsebine, obravnavane na ženski skupini so v tej fazi bolj edukativno-suportivne narave, čeprav je namen in cilj isti, kot v procesu okrevanja v šestmesečnem programu Dnevnega reintegracijskega centra.

Cilj in namen ženske skupine torej je, da ima ženska priložnost v varnem okolju zaupati svojo stisko, je razumljena v svoje načinu razmišljanja, čustvovanja in vedenja, dobiva od sočlanice skupine povratne informacije, ki jih lahko uporabi kot orodje za samospreminjanje. Namen skupine je tudi obravnava spolne in drugih vrst zlorab, kar pa ni pogoj za vključitev. Namen in cilj skupine je tudi, da se ženska po procesu okrevanja in opolnomočenja, lahko vrne v heterogeno skupino in nadaljuje z vzdrževanjem abstinence in ostalim vsebinam, ki zagotavljajo sebi in okolici varno življenje.

V skupino se namreč lahko vključijo tudi ženske, ki nimajo izkušnje zlorab, imajo pa težave na drugih področjih, ki se nanašajo na spol. V skupino se torej vključijo vse ženske, ki so v procesu zdravljenja, ženske ki so zdravljenje že zaključile, pa želijo nadaljevati delo v podporni skupini, lahko pa se v skupino vključijo tudi ženske, ki navajajo kakšno drugo vrsto odvisnosti in stiske, ki se nanašajo na zlorabo, samopodobo, vendar morajo imeti pred vstopom v skupino opravljen pogovor z eno od terapevtk .

Skupina ima trdno strukturo, ker le-ta posledično zagotavlja občutek varnosti članicam, ki vstopajo vanjo. Poteka enkrat tedensko eno uro, zaželeno je, da termina ne spreminjamo, o morebitni spremembi pa članice predhodno pravočasno obvestimo. Skupina deluje v varnem prostoru, zaželeno je, da je prostor vedno isti, brez telefona, računalnikov in drugih vsebin, ki bi lahko motile potek dela.

Vedno sta prisotni isti terapevtki, ki sta predhodno dobro educirani o delovanju podporne skupine in o skupinski obravnavi zlorabe. V skupino se lahko vključi do 9 žensk, pred tem morajo skupaj z terapevtkama podpisati dogovor, ji tako uporabnice kot terapevtke zavezuje molčečnosti in drugih vsebin, ki zagotavljajo varnost. Obvezno pa je, da uporabnice ženske skupine pred pričetkom skupine opravijo urinski test, ki potrjuje abstinenco od prepovedanih drog in test na prisotnost alkohola v izpihanem zraku, kar potrjuje abstinenco od alkohola. Če so v skupino vključene ženske z prisotnostjo nekemičnih odvisnosti, jih vzpodbujamo, da o morebitnem spodrsrljaju spregovorijo na skupini. Udeležba skupin je obvezna, lahko manjkajo dvakrat v letu, raze če gre za nepričakovane dogodke. V takem primeru se morajo predhodno opravičiti.

Ženske lahko skupino obiskujejo kolikor dolgo želijo, oz. do takrat, ko terapevtki skupaj z multidisciplinarnim timom določijo, da je uporabnica dovolj stabilna, da skupino zapusti, oz. se odloči za kakšno drugo obliko pomoči.

Rezultati oz. evalvacija deset letnega dela z žensko skupino so dobri, ženske navajajo boljše počutje, več samozavesti, o sebi razmišljajo bolj pozitivno, predvsem pa je pomembno, da skozi proces okrevanja v podporni ženski skupini uspejo balansirati neprijetna čustvena stanja zaradi spolne zlorabe in posledično željo po drogi. Številnim ženskam uspe toliko okrevati, da se zmorejo postaviti v bran nasilnim odnosom, marsikatera ženska začuti potrebo po odhodu iz neustreznega primarnega okolja, ter se poda na pot odraščanja brez nasilja in drog, a z več samozavesti in zaupanja vase.

## 5 OPREDELITEV PROBLEMA IN (HIPO)TEZE

### 5.1 OPREDELITEV PROBLEMA

Že v uvodu magistrske naloge sem opisala, kakšne so specifikke sloga življenja in potreb znotraj populacije uživalk prepovedanih drog. Seveda si vsaka uži valka in uživalec kreira svoj slog preživetja z drogo, vendar je znano in dokazano, da zloraba močno zaznamuje življenje vsakega bitja in da je večkrat droga kompenzacija za preživetje s travmo. Ker gre v glavnem za incestoidne zlorabe, je po besedah Martina Blessinga (1987; po Zaviršek, 1994) to velika ovira v procesu okrevanja. Prav tako zatrjuje, da ni toliko pomembno oblika zlorabe, kot obdobje, v katerem se je zloraba začela in kako dolgo je trajala. Prav tako njegova hipoteza potrjuje povezavo med incestom ter ostalimi pridruženimi motnjami (psihoza, disociativnimi motnjami, različnimi odvisnostmi). Ena od britanskih študij, ki je bila opravljena med uporabnicami storitev psihiatričnih ustanov, raziskavo so izdelali Palmer, Chaloner in Oppenheimer (1992; po Zaviršek, 1994), dokazuje, da je bilo 50% žensk, ki so prišle po pomoč k psihiatru, spolno zlorabljenih.

Ravno tako dr. Bogdan Polajner v predavanju na odprti seji Državnega sveta RS, 22.5.2005 (Polajner 2005) pove, da so pri zasvojenih pogoste travme zaradi spolne zlorabe, pogosto incestnega tipa. Po njegovih podatkih naj bi bilo med uži valci prepovedanih drog približno 45% spolno zlorabljenih.

Dejstvo je, da je problem tovrstnih zlorab med uži valci drog, pretežno so to ženske, ne izključujem pa moških z tovrstno izkušnjo, močno prisoten. Problem, ki pa se mi zdi zaskrbljujoč, je, da je ponudba programov, usmerjena pretežno v zmanjševanje škode, ki nastane zaradi uživanja drog. Problem zlorabe z vidika posttravmatske motnje (v nadaljevanju PTS), pa ostaja. Dr. Polajner v zgoraj navedenem prispevku navaja, da je žrtev zlorab v substitucijskem programu »omamljena in pasivna žrtev nadaljnjih spolnih zlorab«, medtem ko mnogi visokopražni programi, (komune, terapevtske skupnosti, azili) ne integrirajo v svoje programe tovrstne obravnave. Na uži valca drog gledajo kot na »ozdravljivega«, oz. primerne za abstinenco, na problem in posledico pridružene motnje in njenih znakov pa

gledajo kot na manipulacijo in izogibanje programov.

Problem pomanjkanja programov pomoči, ki bi vključevali tudi pomoč odvisnim z izkušnjo travme ali drugih pridruženih motenj, pogojuje povratništvo, s tem pa potrditev, da je pomembno oblikovati ponudbo tako, da ne bo sama sebi namen, temveč bo namenjena uporabniku.

V raziskovalnem delu magistrske naloge sem glede na zgoraj navedeno problematiko želela preveriti razlike med uživalkami drog, ki so doživele spolno zlorabo (v nadaljevanju SZ) in med tistimi, ki tega ne navajajo (v nadaljevanju BSZ) in s tam utemeljiti, da žrtve zlorab potrebujejo dodatno, oz. drugačno obravnavo. Zanimalo me je, kakšne so razlike med njimi (odnos do sebe, občutek lastne vrednosti, oblike samouničevalnih vedenj, istospolna usmerjenost in težave v partnerskih odnosih, v ostalih odnosih, njihova socialna nevedščost) in glede na ugotovljene razlike utemeljiti specifične ponudbe v programu rehabilitacije in reintegracije za uspešno vzdrževanje abstinence od prepovedanih drog.

Na podlagi pridobljenih rezultatov bi lahko predlagala vsebine in načine dela z odvisnicami s spolno zlorabo skozi proces vzpostavljanja abstinence in pomoč za lažje vključevanje v novo/staro socialno okolje. Hkrati bi omogočila, da bi odvisnice na sebi neškodljiv način preživele abstinenco od prepovedanih drog in obvladovale neprijetne dražljaje, ki jih povzroča spominjanje na travmatična doživetja.

Moje mišljenje glede na pridobljene izkušnje v 15 letnem delu z uživalkami drog je, da uživalka, ki skozi proces svetovanja navajajo spolno zlorabo, potrebujejo več vzpodbude, varnejše okolje, dalj časa trajajočo obravnavo, ki vsebuje tudi obravnavo travme, vendar šele takrat, ko je žrtev dovolj opolnomočena glede uživanja prepovedanih drog. Prav tako skupinsko izkušnjo («gender» skupino, ki jo opisujem kot primer dobre prakse v nadaljevanju), vzporedno z ustrežno obliko rehabilitacije.

Skozi procese razvojnih faz v življenju potrebujejo več nasvetov in informacij, predvsem v obdobjih ki so za njih stresne in predhodne, npr. partnerstva, nosečnost, iskanje novih zaposlitev, novih prijateljev in ostalih oblik socialnega življenja. Pri tovrstni obravnavi je nujno potreben multidisciplinaren pristop. Kljub temu pa je prav tako potreben varen

svetovalni odnos in stalen svetovallec, kajti žrtve s težavo sprejemajo spremembe v kontekstu obravnave (sprememba svetovalca, negotovost glede termina, nezaupanje, odsotnosti).

## **5.2 HIPOTEZE**

V zvezi z opisanim področjem sem v raziskavi preverila naslednje hipoteze:

- 1. Pri uživalkah prepovedanih drog, ki so doživele spolno zlorabo, je pogostejše izražanje poskusa samomora, kot pri uživalkah drog, ki ne navajajo spolnih zlorab.**
- 2. Med uživalkami drog, ki so doživele spolno zlorabo in med tistimi, ki spolne zlorabe ne navajajo, obstaja razlika v občutku lastne vrednosti.**
- 3. Uživalke prepovedanih drog, ki so doživele spolno zlorabo, večkrat vstopajo v istospolne partnerske odnose.**
- 4. Uživalke prepovedanih drog, ki navajajo spolno zlorabo, pogosteje vstopajo v nasilne partnerske odnose.**

Z navedenimi hipotezami želim:

- osvetlili ranljivost populacije uživalk psihoaktivnih snovi (v nadaljevanju PAS), ki so spolno zlorabljene (v nadaljevanju SZ) in potrebujejo poseben model pomoči, ki je usmerjen v preprečevanje socialne izključenosti. Prav tako se srečujejo še z vrsto drugih socio-ekonomskih problemov, ki povzročajo težji izstop iz začaranega kroga odvisnosti
- opisati perspektivo in pogled SZ uživalk PAS na svet, podrobnosti življenja, njihove lastnosti, način njihovega vedenja, razmišljanja in čustvovanja, njihovo vedenje v partnerskih odnosih, njihove specifične potrebe, način obravnave zlorabe, balansiranje med obravnavo zlorabe in uživanjem drog, nevtralizacija uporabe travme zlorabe za uživanje PAS

- pripomoči k jasnejši, natančnejši sliki o celotni populaciji in posledično pripomoči k prilagoditvi programov zdravljenja potrebam SZ
- utemeljiti teoretični koncept delovanja reintegracijskega programa, ki ga bom potrdila s primeri iz prakse ter nakazala možne smernice razvoja reintegracijskih programov
- raziskati razlike in pomen doživljanja občutka lastne vrednosti in s tem povezanimi kasnejšimi načini obravnave v rehabilitacijski obravnavi
- razdelati razliko vzvodov za samouničevalno vedenje med SZ in BSZ ter skušati pojasniti, zakaj v kontekstu tega potrebujejo še dodatno pomoč za prekinitev tovrstnih vedenj
- Najti izvore potreb za ponavljajoče se odvisnosti (odvisnost od PAS, motnje hranjenja, odvisnost od odnosov, hazardiranje in ostale nekemične odvisnosti)
- preveriti obstoj povezav med zlorabo in iskanjem istospolnih partnerjev

poiskali možne povezave in vzroke za zatekanje v nasilne oblike partnerskih in celotnega neusterznega in samouničevalnega načina življenja.

## **5.3. METODA**

### **5.3.1 Vrsta raziskave in spremenljivke**

Raziskava, ki sem jo naredila, je sestavljena iz vprašalnika, kjer sem pridobila kvantitativne podatke in iz usmerjenega intervjuja, kjer sem dobila kvalitativne podatke. Pridobila sem številčne podatke in z določenimi spremenljivkami, izvedla analitično raziskavo. Preverjala sem povezanost med spremenljivko spolna zloraba in ostalimi spremenljivkami (lastna vrednost, samouničevalno vedenje, spolna usmerjenost, nasilni odnosi). Zaradi primerjave skupine uporabnic drog SZ in BSZ je naša raziskava tudi komparativna.

Hkrati pa je raziskava tudi deskriptivna in temelji na načelih kvalitativne metodologije.

Moj namen je, količinsko (kvantitativno) opredeliti, oceniti osnovne značilnosti življenja uporabnic prepovedanih drog in ugotoviti obstoj povezanosti med določenimi spremenljivkami (SZ in lastna vrednost, samouničevalno vedenje, istospolne zveze, nasilna partnerstva). Želim dobiti jasnejšo, natančnejšo sliko o celotni populaciji in posledično prilagoditi reintegracijske in rehabilitacijske programe zdravljenja specifično potrebam SZ.

V moji raziskavi sem kombinirala oba pristopa in sem številčne podatke dopolnila z opisi. V kvalitativnih opisih pa sem navajala tudi kvantitativne podatke. Za preverjanje hipotez sem uporabila številčne vrednosti in tudi opisne podatke, ki kažejo pomen ter globino pojava. Tako sem poleg kvalitativne obdelave naredila tudi kvantitativne izračune za ugotovitev razlik med SZ in BSZ. Zbrane podatke sem deloma obdelala kvantitativno, iz dobljenih podatkov izdelala grafe, izračune v tabelah in pri ostalih vprašanjih naredila kvalitativni opis.

## **1. SKUPINA SPREMNLJIVK (vprašalnik)**

### **OSEBNI PODATKI**

**Demografske značilnosti udeleženk:** starost, bivališče

**Značilnosti njihovega življenja:** uživanje droge, psihične težave, zdravila, poskus samomorilnosti, razmišljanje o samomoru, zaupala stisko komu, hospitalizirana, spolne usluge, prostitucija, spolni partner, drugi partnerji, spolno prenosljive bolezni, odnos do spolnosti, želja po družini, želja po spremembi

**Spolna zloraba:** starost ob zlorabi, storilec zlorabe, zaupala komu, podana prijava storilca,

## **2 SKUPINA SPREMENLJIVK (intervju)**

**Samouničevalno vedenje:** oblika, življenjsko obdobje, definicija, do sebe samouničevalno vedenje,

**Občutek lastne vrednosti:** razmišljanje o občutku lastne vrednosti, opis občutka lastne



vrednosti

**Istospolne zveze:** DA/NE

**Nasilna partnerstva:** zadovoljstvo z odnosom, oblika agresije

Pri zbiranju podatkov sem v nadaljevanju uporabila metodo delno standardiziranega odprtega intervjuja, kjer sem glavna vprašanja določila vnaprej. Med potekom intervjuja sem za dodatna pojasnila v okviru danih smernic po potrebi postavljala še dodatna podvprašanja in tako pridobila večjo kvaliteto in globino odgovorov. Nekatere udeleženske so na vprašanja odgovarjala kratko in jedrnat, druga na dolgo in široko, nekatera so se znašla pred dilemo zaupanja in posredovanja odgovorov intimne narave.

### **5.3.2 Merski instrumenti in viri podatkov**

Do podatkov sem prišla z vprašalnikom, sestavljenim iz 22 vprašanj in z usmerjenim intervjujem sestavljenih iz 5 vprašanj in še dodatnih podvprašanj, kjer je bilo to potrebno. Vprašalnik sem sestavila na naslednji način:

- Del vprašanj je bil povzet iz standardiziranega vprašalnika First treatment demand (Inštitut varovanja zdravja Republike Slovenije, Ostala vprašanja pa sem dodala sama in sicer tako, da sem predhodno definirala cilje, nato napisala vprašanja in možne odgovore, ki sem jih dobila na podlagi izkušenj iz oblikovanja usmerjenih in socialnih anamnez. Te se izvajajo na podlagi vnaprej izdelanega obrazca, ki vsebuje etiologijo uživanja PAS, demografske podatke, slog življenja, socialni status, vprašanja o zlorabah, psihičnih motnjah, uporabi zdravil, dotedanjih obravnavah, prostituciji, partnerskih odnosih, odnosih do spolnosti, planiranju življenja brez droge, občutku lastne vrednosti, samodestuktivnih oblikah vedenja). Pri lastnem izvajanju usmerjenih in socialnih anamnez (cca. 2000) v zadnjih 10 letih, so se tovrstni odgovori, ki sem jih navedla kot možne odgovore za vprašanja, največkrat ponavljali. V nadaljevanju sem pregledala postavke in sestavila končno obliko.

Pri sestavljanju vprašalnika sem se osredotočila na različnosti doživljanja občutka lastne vrednosti, različnosti samouničevalnega vedenja in specifičnosti partnerskih odnosov med uživalkami prepovedanih drog SZ in BSZ.

Delno sem kriterijem za zagotovljeno veljavnost, zanesljivost in občutljivost instrumenta zadovoljila z vključitvijo vprašanj iz standardiziranega vprašalnika FTD. Prav tako sem predhodno jasno in enoznačno definirala področje, ki sem ga z vprašalnikom želela zajeti. Tudi ciljno skupino sem predhodno določila.

Pri sestavljanju vprašanj sem skušala upoštevati osnovna načela dobrih vprašanj (Mesec, 1998), ki naj bi bila dobra, jasna, nevtralna in posamična. Vnaprej sem tudi predvidela vse najpomembnejše možne odgovore. Za lažjo in bolj natančno interpretacijo pa sem poleg vprašanja zaprtega tipa dodala še odprto vprašanje (katera, kakšne, kdo, komu). Pri vprašanjih z vnaprej določenimi kategorijami pa sem za pridobitev vseh možnih odgovorov dodala tudi odprto izbiro (drugo: \_\_\_\_\_ dopiši).

Skupno vprašalnik vsebuje 22 vprašanj zaprtega in z dodatnimi izbirami odgovora odprtega tipa. Vprašanja zaprtega tipa, kjer so udeleženske lahko odgovarjale z odgovori DA, NE (vpr št. 3, 15) in pri nekaterih so ob obkroženem odgovoru DA še opisale bolj natančno s svojimi besedami (vpr. 4, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 17, 18, 22). Pri nekaterih vprašanjih (vpr. št. 2, 6, 8, 12, 19, 20, 21) pa so obkrožile že vnaprej postavljene kategorizirane odgovore, oziroma so imele možnost dopisati svoj odgovor pod odgovor »drugo«.

Pri vprašanju 20 in 21 so ocenile strinjanje z različnimi postavkami na pet stopenjski lestvici: ocena 1- se popolnoma ne strinjam; 2- se delno strinjam; 3- neodločena; 4- se delno strinjam; 5- se popolnoma strinjam. Prav tako so pri teh dveh vprašanjih udeleženske obkrožile poljubno število postavk, ki se skladajo z njihovim načinom razmišljanja, to je tudi razlog da ni smiselno računati deleže.

Za vprašalnik nismo ugotavljali metričnih karakteristik, (zanesljivost, veljavnost, objektivnost, preverljivost) saj bi to presegalo obseg in namen te študije.

### **5.3.3 Vzorec**

V raziskavo sem zajela 29 uživalk prepovedanih drog, ki so bile na obravnavi na Centru za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog Ljubljana- CZOPD v letih 2006- 2007. Ne gre za število vseh obravnavanih uporabnic na centru, teh je bilo veliko več. Uporabnice so bile izbrane glede na predhodno izvedeno socialno anamnezo in individualni načrt. Navedene so v raziskavi sodelovale prostovoljno in brez kakršnihkoli obveznosti ter so lahko kadarkoli

prekinile sovje sodelovanje. Zagotovljena je bila zaupnost podatkov glede na Zakon o varovanju osebnih podatkov .

Vse udeleženke raziskave so odvisne od PAS. V času intervjuja so abstinirale od prepovedanih substanc. Njihov numerus je 29 in od tega celotnega števila jih je 14 navajalo spolno zlorabo, 15 pa tega ne navaja. Tako je naš vzorec razdeljen v dve skupini in sicer: odvisnih žensk z izkušnjo spolne zlorabe in odvisnih žensk brez navajanja spolne zlorabe.

Razlog izbora ustanove CZOPD je, da sem v centru zaposlena od 1995 in da se vsa ta leta poleg tega, da vodim Dnevni oddelek ukvarjam tudi s težavami žensk – odvisnih od PAS. Problematika seveda ne zajema zgolj zlorabe, temveč tudi druga področja (stigma, materinstvo, partnerstvo, spolno prenosljive bolezni, zapori, pridružene motnje, družinska problematika, itd.).

V tej raziskavi pa sem se osredotočila na področje zlorab. Pomemben dejavnik pri odločitvi je bil tudi ta, da se pri delu, ki se pretežno nanaša na rehabilitacijo, srečujem s problematiko, da SZ uživalke PAS nimajo možnosti za globljo, trajnejšo in temeljitejšo obravnavo.

### **5.3.4 Zbiranje podatkov**

Pri zbiranju podatkov sem v nadaljevanju uporabila metodo delno standardiziranega odprtega intervjuja, kjer sem glavna vprašanja določila vnaprej. Med potekom intervjuja sem za dodatna pojasnila v okviru danih smernic po potrebi postavljala še dodatna podvprašanja in tako pridobila večjo kvaliteto in globino odgovorov. Nekatere udeleženke so na vprašanja odgovarjala kratko in jedrnat, druga na dolgo in široko, nekatera so se znašla pred dilemo zaupanja in posredovanja odgovorov intimne narave.

Podatke sem zbirala od leta 2006 do leta 2007. Najprej sem vsaki udeleženki razložila zakaj bi potrebovala njeno sodelovanje pri raziskavi in ji nato razdelila v reševanje vprašalnik, ki je bil anonimen. Nato pa sem z vsako udeleženko naredila še usmerjeni intervju, s katerim sem dobila poglobljene odgovore.

Intervjuje sem zapisovala in poskušala ohranjati objektivnost in nevtralno pozicijo, kar pomeni, da jim nisem sugerirala, jih spodbujala ali kazala bodisi preveliko odobravanje ali neodobravanje, začudenje (Mesec 2001: 42).

### 5.3.5 Obdelava in analiza podatkov

Obdelava je bila kvalitativna in kvantitativna. Večino kvalitativnih podatkov sem zbrala s pomočjo zadnjega dela vprašalnika, ki je bil v obliki intervjuja. Kvantitativne podatke pa sem zbrala z vprašalnikom. Obdelala sem jih s primernimi statističnimi metodami s pomočjo statističnega programa SPSS 15. Pri opisnem delu sem izračunala frekvence in deleže za atributivne podatke in aritmetično sredino za numerične podatke (starost, vpr. 20, 21).

V analitičnem delu sem uporabila  $X^2$  za preizkus hipotez, za frekvenčne porazdelitve in izračunala Phi-koeficient korelacije za določene spremenljivke. Za statistično signifikantno sem štela zavrnitev ničelne hipoteze pri manj kot 5% tveganju.

Del pridobljenih podatkov sem obdelala s kvalitativno analizo, tako da sem odgovore na postavljena vprašanja razčlenila in jih v pisni obliki tudi predstavila. Nadalje pa sem za obdelavo in potrditev hipotez uporabila kvantitativne podatke.

## **6 REZULTATI**

V raziskavo je bilo vključenih skupno 29 oseb, ki imajo vse diagnozo odvisnost od prepovedanih substanc in so bile obravnavane v CZOPD Ljubljana. Spolno zlorabljenih (SZ) je 14 žensk. Žensk, ki o spolni zlorabi niso poročale (BSZ) pa je 15. Rezultate sem prikazala grafično, naredila statistične izračune ter na koncu dodala kvalitativno analizo.

### **6.1 OPISNA STATISTIKA**

V opisni statistiki sem prikazala :

#### **6.1.1 Demografske značilnosti udeleženk: starost, bivališče**

#### **6.1.2 Spolna zloraba: starost ob zlorabi, storilec zlorabe, zaupala komu, podana prijava storilca,**

**6.1.3 Značilnosti njihovega življenja:** uživanje droge, psihične težave, zdravila, poskus samomorilnosti, razmišljanje o samomoru, zaupala stisko komu, hospitalizirana, spolne usluge, prostitucija, spolni partner, drugi partnerji, spolno prenosljive bolezni, odnos do spolnosti, želja po družini, želja po spremembi, -značilnosti, ki so vezane na občutek lastne vrednosti, nasilje v partnerskih odnosih, spona usmerjenost

**6.1.4 Rezultati usmerjenega intervjuja:** občutek lastne vrednosti, istospolna usmerjenost, nasilno partnerstvo

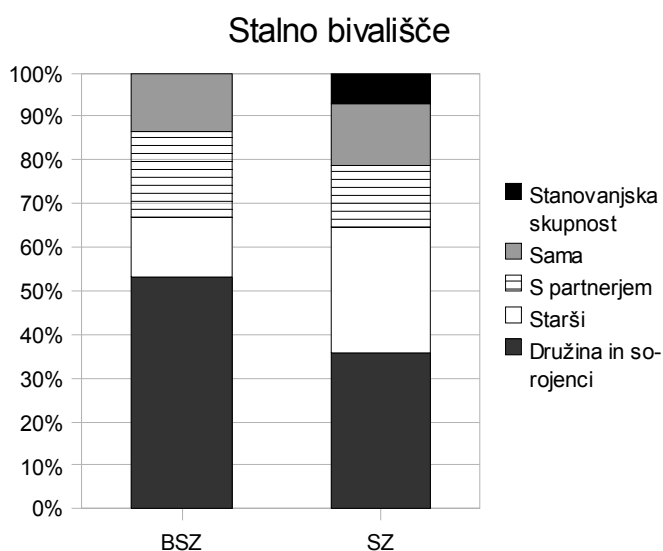
#### **6.1.4.1 Demografske značilnosti udeleženk**

V demografske značilnosti sem uvrstila starost udeleženk in bivališče .Pomembno je vedeti, da ta trenutek v Sloveniji ni jasnega podatka, koliko je uživalcev drog. Glede na število evidentiranih uporabnikov substitucijske terapije je znan podatek, da med uživalci še vedno prevladujejo moški (2/3 uživalcev prepovedanih drog je moških)-Tu bom še dodala podatke.

Tabela 1 prikazuje numerus žensk in njihovo povprečno starost, ki so rešile prvi vprašalnik glede na spolno zlorabo.

	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>Min.</b>	<b>Maks</b>
<b>Spolna zloraba</b>	14	23,86	19	32
<b>Brez spolne zlorabe</b>	15	25	20	33
<b>Skupaj</b>	29	24,45	19	33

V Tabeli 1 lahko vidimo, da je uporabnic prepovedanih drog, ki so spolno zlorabljene 14 (SZ) in tistih, ki tega ne navajajo, je malo več in sicer 15 (BSZ). Povprečna starost SZ je 23, 86 let in od BZS se razlikujejo za 1,14 leta. Razvidno je, da sta skupini tako številčno kot po starosti skoraj povsem izenačeni.



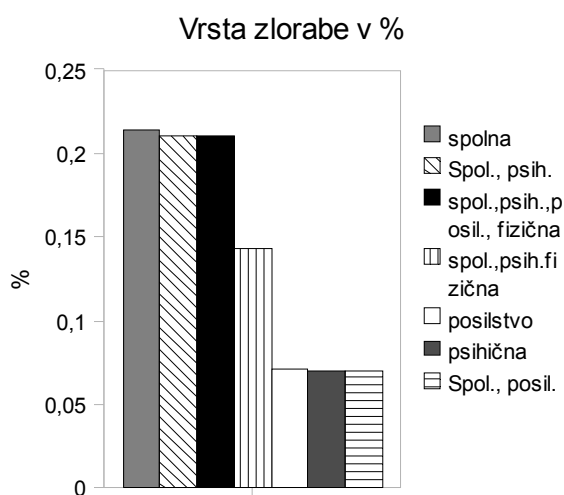
Slika 1: Razporeditev udeleženk glede na to, s kom živijo v stalnem bivališču.

Iz slike 1 lahko ugotovimo, da več kot polovica žensk BSZ živi v svoji družini in s sorojenci (53%), medtem ko SZ živi doma 36%. S starši jih živi več SZ (29% v primerjavi s 13% BSZ žensk. Samih s partnerjem živi več BSZ (20%) in 14% SZ žensk. Same živijo približno v enakih deležih (14%). V stanovanjski skupnosti pa živi 7% SZ žensk.

### 6.1.4.2 Spolna zloraba

Kot sem v uvodu pojasnila, je značilno, da gre pri zlorabah, ki jih navajajo zlorabljeni uživalke PAS, najpogosteje za incestoidni način zlorab. Incest je spolni akt, ki ga otroku ali mladoletniku vsili oseba iz njegove družine, ki zlorablja svoj položaj ali moč in zaupanje v družini, nanaša se na osebe, ki so v krvnem sorodstvu. (Kaplan:2998:847-853). Na sliki 4. lahko jasno vidimo, da gre v večini primerov za incestno zlorabo. Prav tako žrtve pogosto navajajo, da so, posebno če je šlo za dalj časa trajajočo zlorabo, vzporedno s spolno, doživljale tudi fizično in psihično zlorabo, kar je razvidno iz slike 2.

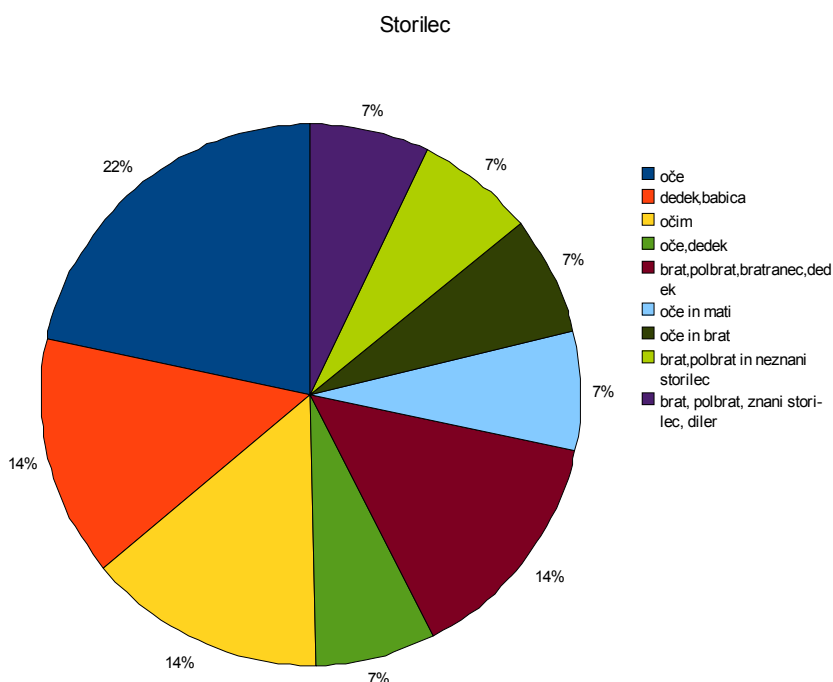
n = 14



Slika 2: Vrsta spolne zlorabe v deležih, ki so jo SZ uporabnice drog navedle.

Na zgornji sliki 2 lahko vidimo, da so SZ ženske poročale v enakih odstotkih (21%) o preživeti spolni zlorabi, o spolni in psihični zlorabi ter o spolni-psihični-fizični zlorabi s posilstvom. O spolni-psihični in fizični zlorabi poročajo v 14%. O posilstvu, psihični zlorabi ter o spolni zlorabi s posilstvom pa poročajo 7% uporabnic prepovedanih drog.

n = 14



Slika 3: Podani odgovori zlorabljenih žensk v deležih na vprašanje „Kdo je bil storilec zlorabe?“.

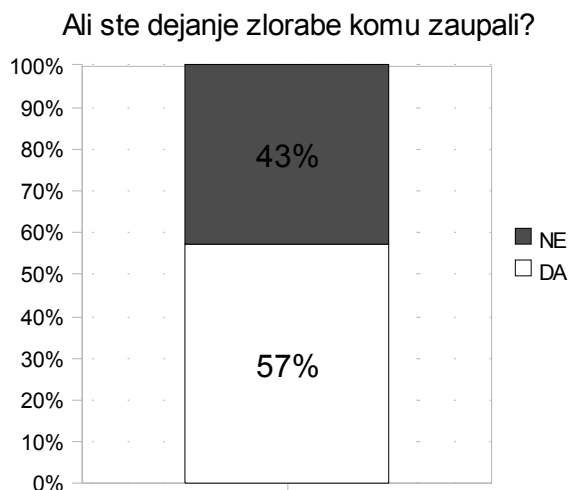
Na sliki 3 lahko vidimo, da je najpogosteje zlorabo zakrivil oče v 22%, nato pa v različnih kombinacijah poročajo v 14 % o storilcih dedek-babica, očim in brat-polbrat-bratranec-dedek. Nato pa sledijo s 7% oče-mati, oče-brat,brat-polbrat-neznanelec, brat-polbrat-znani storilec-diler.

Ali ste dejanje komu zaupali?

Žrtve zlorab zelo težko zaupajo svojo stisko, posebno o zlorabi ne govorijo v času trajanja. Tudi če gre za zlorabo, ki se je zgodila enkrat in to v obliki posilstva, žrtve o tem spregovorijo takrat, ko s posledicami travme ne zmorejo več živeti. S tem so tudi povezani podatki na sliki 5, ki pokaže, da je največ žrtev o travmi spregovorilo svojemu partnerju, oz. prijatelju. To pa je v nasprotju s podatki, pridobljenimi s socialnimi anamnezami v CZOPD, kjer žrtve največkrat navajajo zlorabe v zgodnjem obdobju življenja, najpogosteje od 6-12 leta starosti. (Hvala:diplomsko delo 2000-54)

n = 14

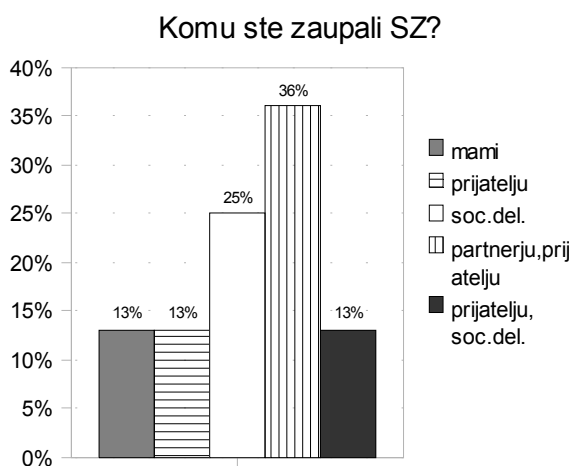




Slika 4: Deleži spolno zlorabljenih žensk, ki so spolno zlorabo zaupale kakšni osebi in tiste, ki tega niso naredile.

Na vprašanje »Ali ste dejanje zlorabe komu zaupali?« je pritrdilo več kot polovica SZ žensk, (57%), tega pa ni naredilo 43% žensk, kar lahko vidimo na sliki 4.

n = 14



Slika 5: Odgovori v deležih, glede na to, komu so spolno zlorabljene ženske zaupale o svoji zlorabi.

Iz slike 5 lahko ugotovimo, da je več kot 1/3 SZ žensk o zlorabi povedalo svojemu partnerju in prijatelju (36%), nato sledijo tiste, ki so zaupale socialni delavki-cu (25%). V enakih

deležih pa so zaupale mami, prijatelju in v kombinaciji prijatelj-socialna delavka (13%).

n = 14

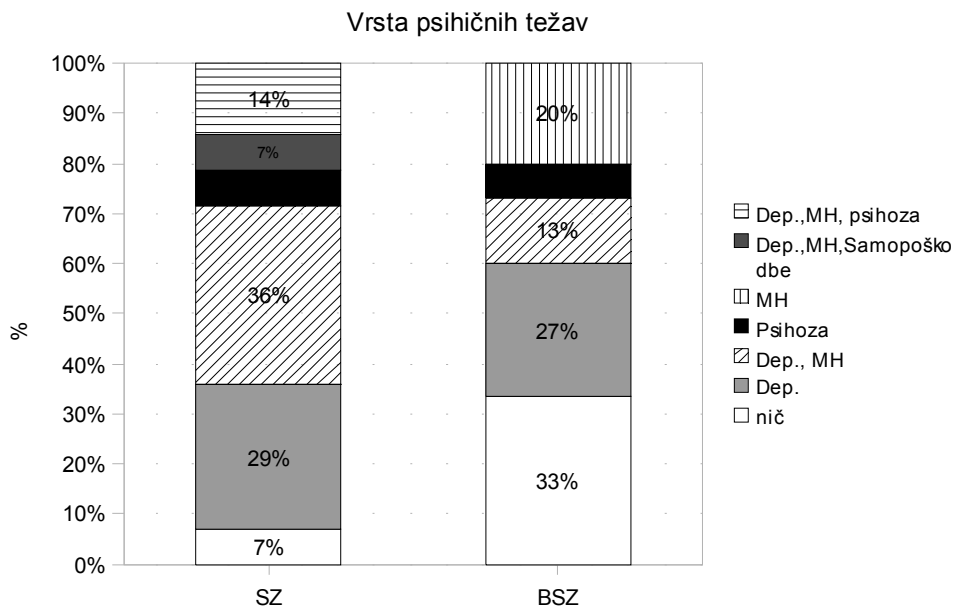


Slika 6: Odgovori žensk s SZ v deležih na vprašanje „Ali ste storilca prijavili policiji in ali je bil sprožen pravni postopek proti storilcu?“

Na zgornji sliki 6 lahko vidimo, da kar več kot 2/3 žensk (72%) storilca ni prijavilo na policiji in pravni postopek ni bil sprožen. Storilca je na policiji prijavilo 14% SZ žensk, le v 7% pa je bil po prijavi sprožen tudi pravni postopek proti storilcu. Enak delež žensk (7%) pa tega ni naredilo, a si še vedno želi, da bi ga prijavila.

### 6.1.4.3 Značilnosti njihovega življenja

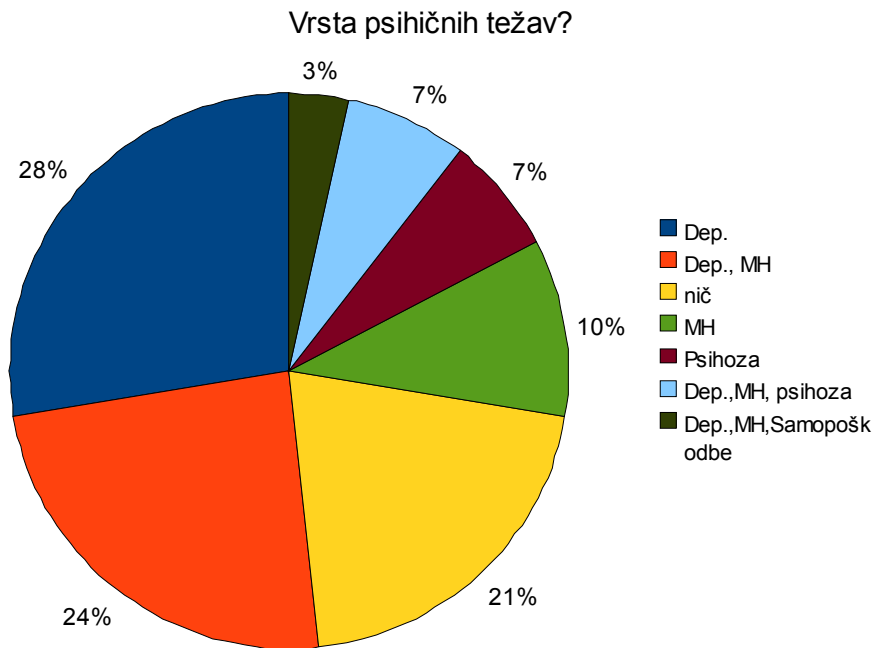
n = 29



Slika 7: Deleži psihičnih težav, ki so jih v svojem življenju imele SZ in BSZ.

Na sliki 7 lahko vidimo, da 1/3 BSZ ni imela nobenih psihičnih težav, SZ je v tej kategoriji samo 7%. V deležu prisotne depresije, se deleži ne razlikujejo veliko in se gibljejo okoli 1/3 žensk. V kombinaciji Depresije in Motenj hranjenja je skoraj 3-krat več SZ žensk (36%) kot BSZ (13%). v deležu psihoze sta skupini izenačeni (7%). Samo Motnje hranjenja imajo BSZ (20%), medtem ko samo te motnje ni navedlo nič SZ. Samo SZ pa navajajo kombinacijo depresije, Motenj hranjenja in samopoškodovanja (7%) in depresije, motenj hranjenja in psihozo pa 14% SZ žensk.

n = 29

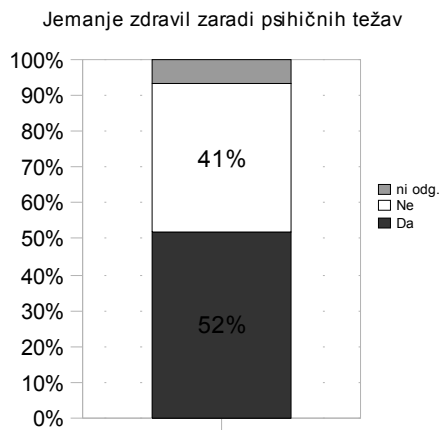


Slika 8: Deleži psihičnih težav vseh žensk skupaj.

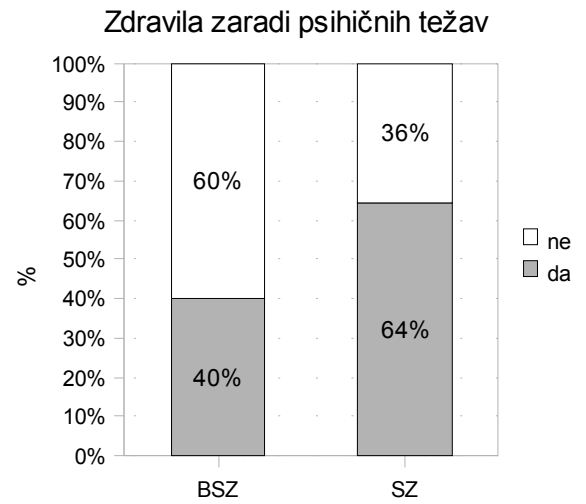
Spodaj pridobljeni podatki potrjujejo hipotezo Martina Blessinga (1987), le-ta pa zagovarja povezavo med incestom in posledičnim razvojem psihoz, depresij, disocialnih moten ter razvojem različnih vrst odvisnosti.

Na sliki 8 lahko vidimo, da ima skoraj  $\frac{1}{3}$  žensk depresijo, nato jih ima  $\frac{1}{4}$  depresijo in motnje hranjenja. Malo manj kot  $\frac{1}{4}$  jih nima nobene diagnoze. Sledijo tiste z motnjami hranjenja (10%), s psihozo (7%), z enakim deležem so ženske, ki imajo depresijo- motnje hranjenja- psihozo, najmanj (3%) pa je tistih, ki imajo depresijo- motnje hranjenja- samopoškodbe,

n = 29



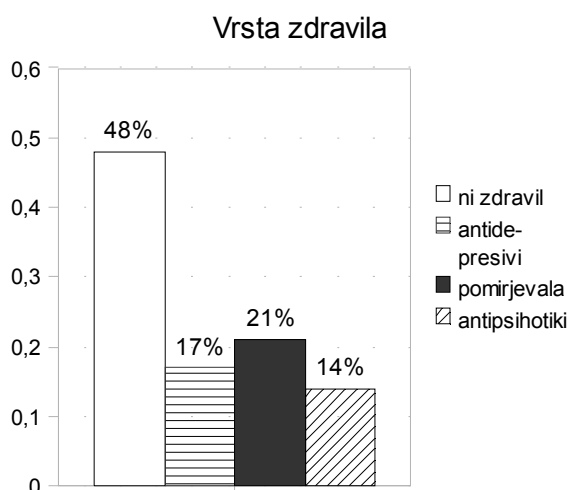
Slika 9: Deleži vseh žensk skupaj, ki jemljejo zdravila zaradi psihičnih težav.



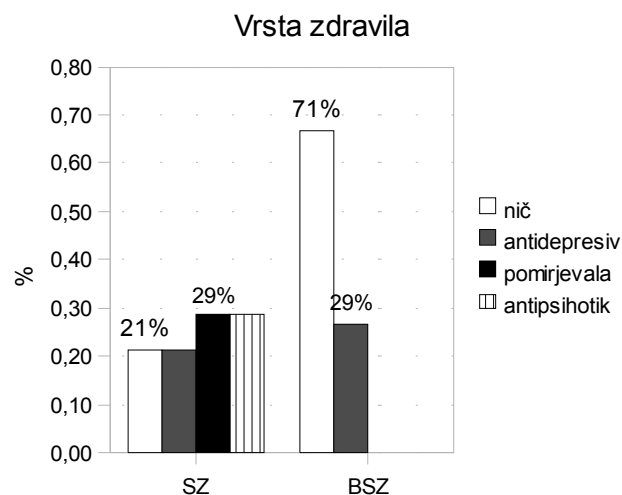
Slika 10: Deleži žensk SZ in BSZ, ki so zaradi psihičnih težav jemale zdravila.

Slika 9 prikazuje, da več kot polovica vseh žensk, ki so odvisne od prepovedanih drog jemljejo zdravila zaradi psihičnih težav. Na sliki 10 pa lahko vidimo, da je več kot 2/3 SZ žensk jemalo zdravila, za lažje premagovanje psihičnih težav, ženske BSZ so zdravila jemale v manjših deležih (40%).

n = 29



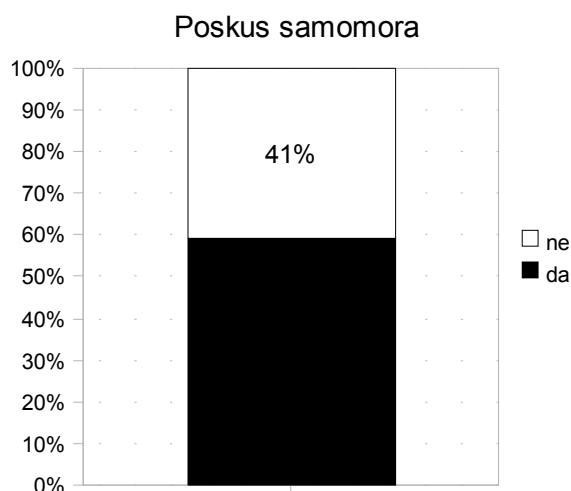
Slika 11: Deleži vrste zdravil, ki jih vse udeležene ženske jemljejo



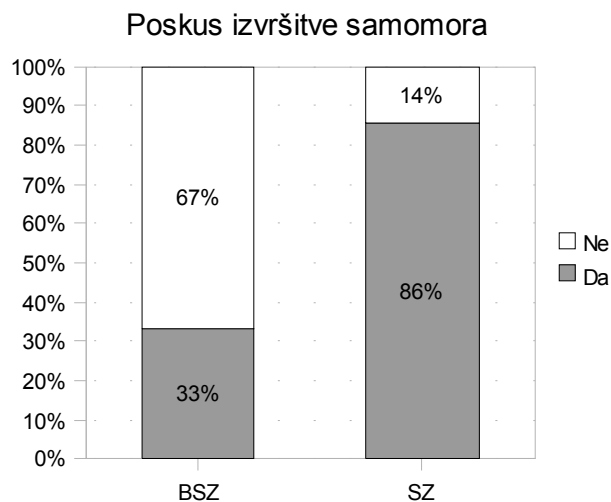
Slika 12: Vrsta uporabljenih zdravil za psihične težave v deležih, glede na uporabo pri skupini SZ in BZS žensk

Slika 11 kaže, da uporabnice prepovedanih drog največ jemljejo pomirjevala, nato antidepresive in najmanj antipsihotike. Na sliki 12 lahko vidimo, da je delež žensk, ki niso imela nobenega zdravila skoraj  $\frac{3}{4}$  pri ženskah BSZ. SZ ženske so v malo manj kot  $\frac{1}{3}$  primerov jemale pomirjevala in antipsihotike, malo manj pa antidepresive. Ženske BSZ so v največjem deležu (29%) jemale antidepresive.

n = 29

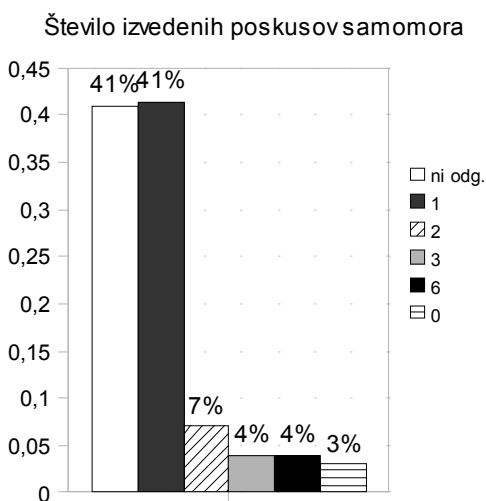


Slika 13: Deleži vseh žensk glede na to ali so že poskusile izvršiti samomor.

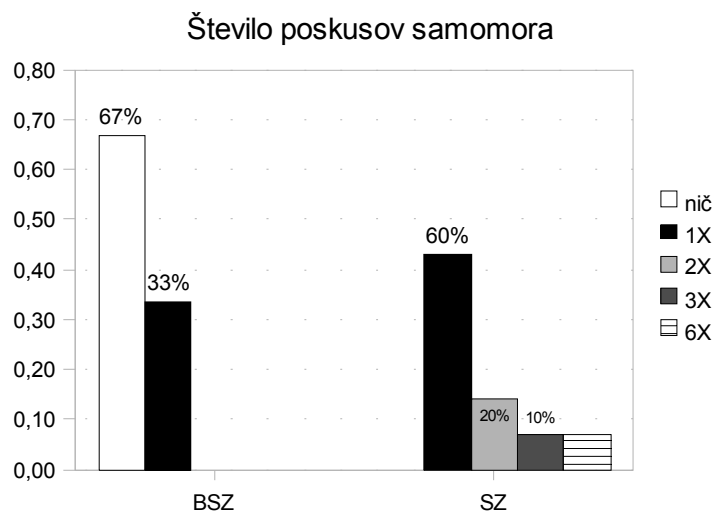


Slika 14: Deleži žensk SZ in BSZ, ki so že kdaj poskusile izvršiti samomor.

Slika 13 prikazuje, da skoraj 2/3 vseh žensk poskusilo izvršiti samomor. Na sliki 14 lahko vidimo, da je malo manj kot 3-krat več SZ (86%) žensk poskusilo izvršiti samomor v primerjavi z BSZ ženskami (33%)



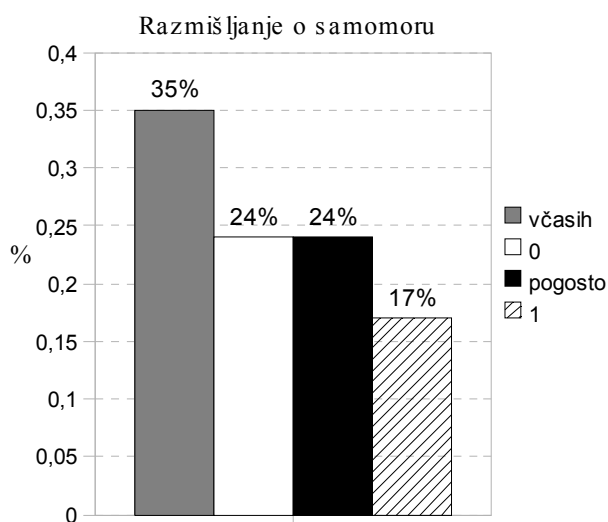
Slika 15: Deleži vseh žensk o tem, kolikokrat so poskusile izvršiti samomor.



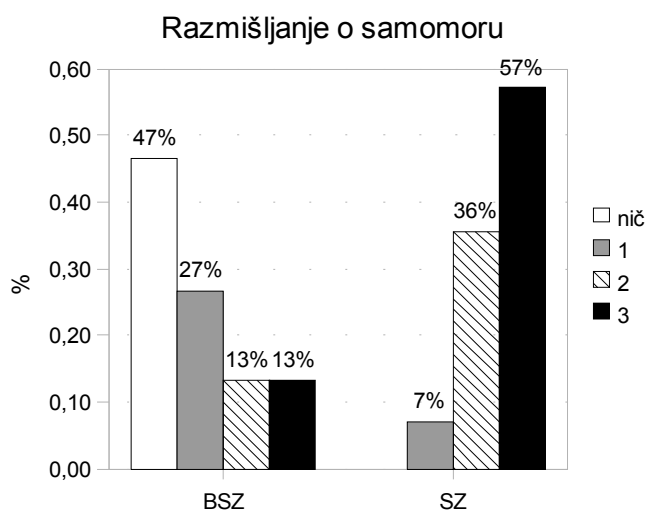
Slika 16: Odgovori žensk SZ in BSZ o tem, kolikokrat so poskusile izvesti samomor.

Če pogledamo sliko 15, lahko ugotovimo, da je največ žensk poskusilo izvršiti samomor 1-krat in v enakem deležu tega niso nikoli storile. Na sliki 16 lahko vidimo, da so ženske BSZ v 1/3 primerov poskusile izvesti samomor samo 1-krat, medtem ko se pri SZ ženskah deleži

porazdelijo v več kategorij. Od SZ žensk so vse poskusile izvesti samomor in sicer 2/3 jih je izvedlo 1-krat, nato 20% 2-krat in v enakih deležih (10%) si sledijo deleži za 3- in 6-kratni poskus.



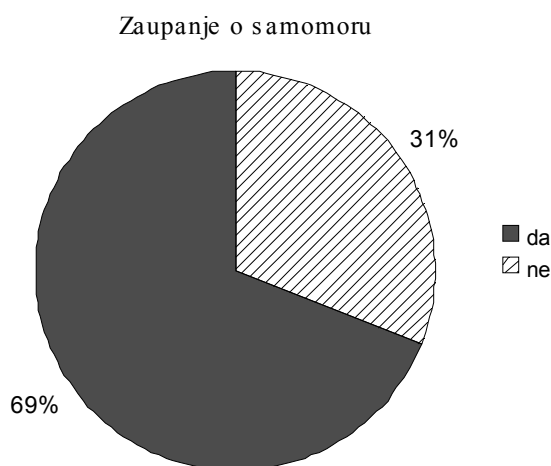
Slika 17: Deleži vseh žensk o tem kako pogosto so razmišljale o samomoru.



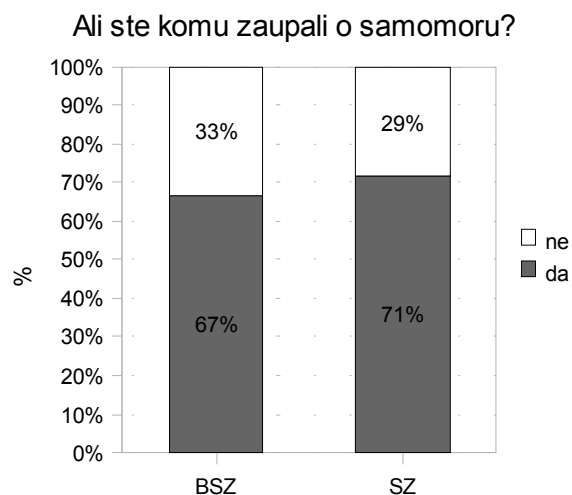
Slika 18: Odgovori žensk BSZ in SZ v deležih o tem kolikokrat so razmišljale o samomoru.

Če pogledamo celoten vzorec žensk, jih je 1/3 včasih razmišljala o samomoru, nato pa sledijo tiste, ki niso nikoli razmišljale in tiste ki so pogosto razmišljale v 1/4 primerov. Iz slike 18 lahko razberemo, da so vse SZ ženske razmišljale o samomoru, medtem ko skoraj polovica žensk BSZ o samomoru ni razmišljala. Ostala polovica žensk BSZ je samo 1-krat razmišljala v 1/3 primerov (27%), nato pa sledijo deleži (13%) za 2 in 3-kratni poskus. SZ ženske so v najmanjšem deležu (7%) razmišljale samo 1-krat, nato sledi več kot 2/3 žensk, ki so razmišljale 2-krat, več kot polovica pa je žensk, ki so o samomoru razmišljale 3-krat.



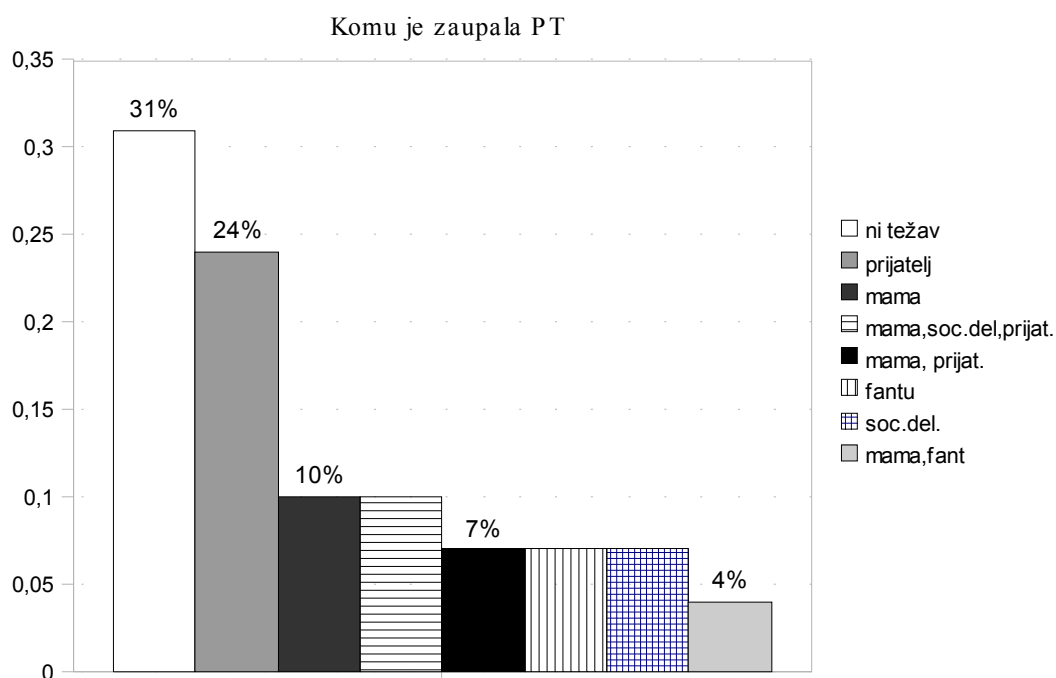


Slika 19: Deleži vseh žensk o tem, če so komu zaupale o samomoru.



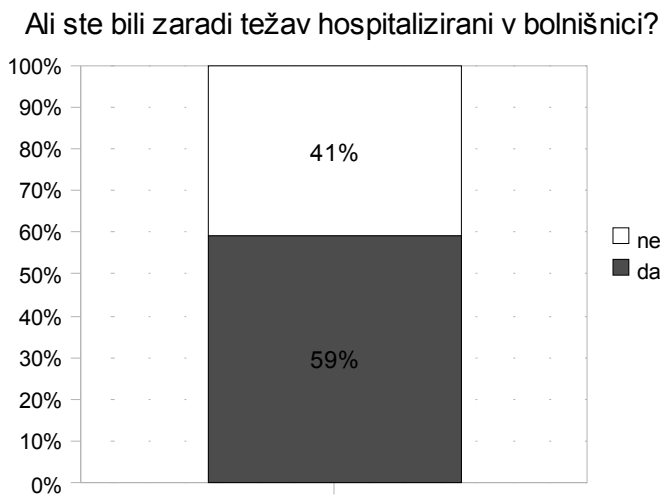
Slika 20: Deleži žensk SZ in BSZ, ki so o svojih psihičnih težavah v povezavi s samomorom zaupale drugim.

Slika 19 prikazuje, da je več kot 2/3 žensk o samomoru zaupalo nekemu. Iz slike 20 lahko ugotovimo, da je o svojih psihičnih težavah malo več SZ žensk (71%) povedalo nekemu, v primerjavi z ženskami BSZ (67%).

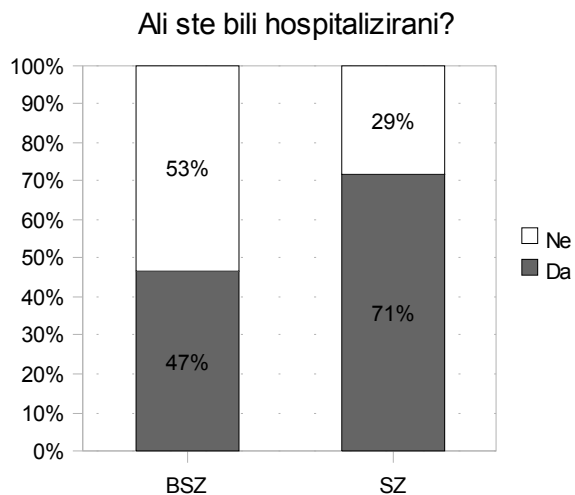


Slika 21: Odgovori vseh udeleženk o tem komu so zaupale svoje psihične težave (PT).

Iz slike 21 lahko ugotovimo, da 1/3 žensk ni imela nobenih težav, malo manjši delež žensk je zaupalo prijatelju. Nato z 10% sledijo ženske, ki so zaupale mami in mami-socialni delavki-prijatelju. Sledijo s 7 % ženske, ki so zaupale mami-prijatelju, fantu in socialni delavki. Na koncu pa s 4% tiste, ki so zaupale mami in fantu.

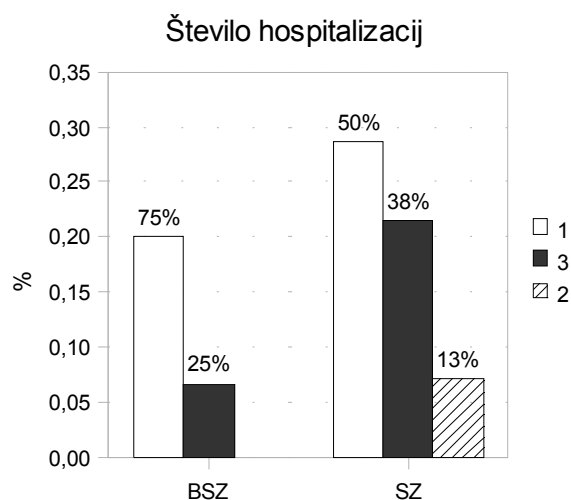
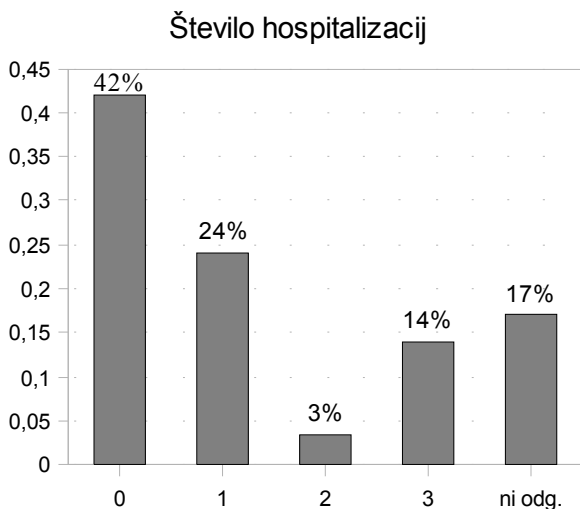


Slika 22: Deleži vseh žensk, ki so bile v , hospitalizirane v bolnišnici.



Slika23: Odgovori SZ in BSZ žensk o deležih hospitalizaciji v bolnišnici

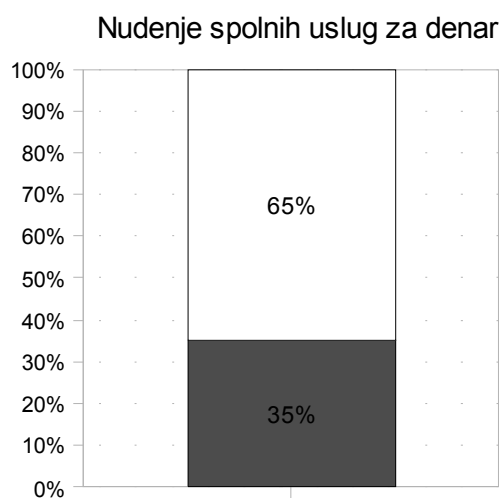
Več kot polovica vseh žensk je bilo hospitaliziranih v bolnišnici zaradi težav, kar lahko vidimo iz slike 22. Na sliki 23 lahko vidimo, da je bilo skoraj 3/4 SZ žensk hospitaliziranih v bolnišnici zaradi svojih težav in malo manj kot polovica BSZ žensk.



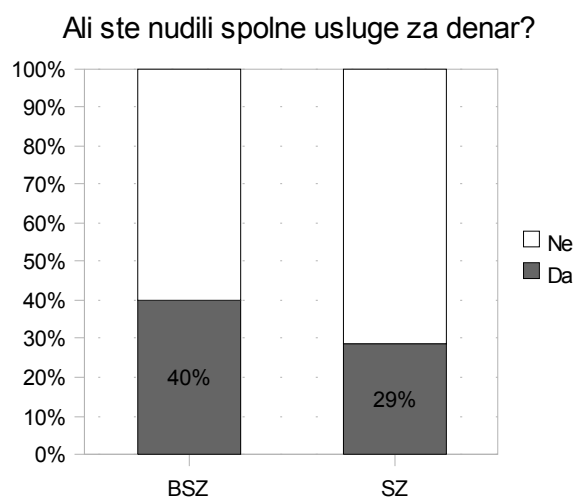
Slika 24: Deleži vseh žensk o številu hospitalizacij.

Slika 25: Deleži SZ in BSZ ženski glede na število hospitalizacij.

Slika 24 prikazuje, da je bila  $\frac{1}{4}$  vseh žensk 1-krat hospitaliziranih, nato sledijo tiste s 3-kratnim hospitaliziranjem in najmanj žensk je bilo 2-krat v bolnišnici. Iz slike 25 lahko ugotovimo, da je bilo  $\frac{3}{4}$  žensk BSZ hospitaliziranih 1-krat in  $\frac{1}{4}$  žensk je bila hospitaliziranih 3-krat. Pri SZ ženskah, je bilo polovica žensk hospitaliziranih 1-krat, malo več kot  $\frac{1}{3}$  3-krat in nato sledi delež žensk z 2-kratno hospitalizacijo.

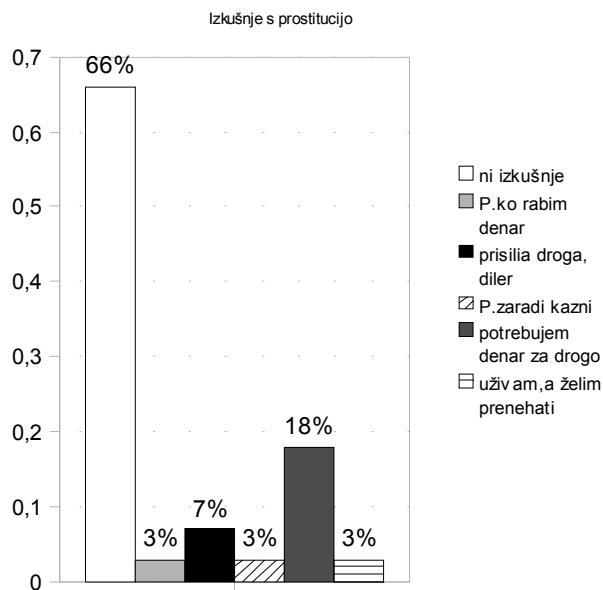


Slika 26: Delež vseh žensk, ki so nudile spolne usluge za denar

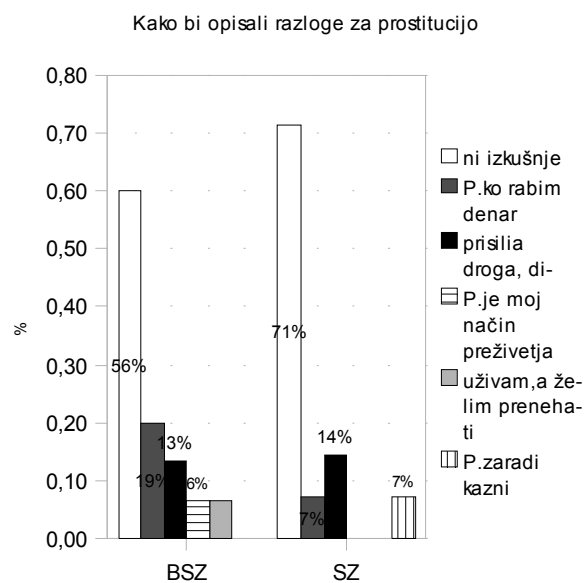


Slika 27: Odgovori SZ in BSZ žensk v deležih o tem ali so nudile spolne usluge za denar.

Iz slike 26 lahko ugotovimo, da je skupno  $\frac{1}{3}$  vseh žensk nudila spolne usluge za denar. Na podlagi slike 27 lahko rečemo, da je več BSZ žensk (40%) nudilo spolne usluge za denar, kot pa SZ žensk (29%).

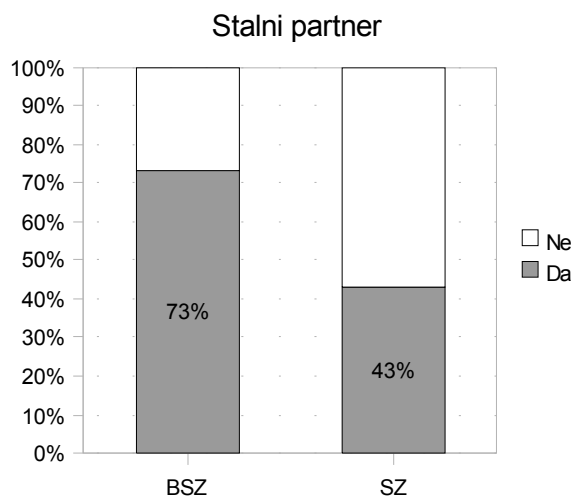


Slika 28: Odgovori vseh žensk o razlogih za prostitucijo v deležih



Slika 29: Odgovori SZ in BSZ žensk o razlogih. za prostitucijo.

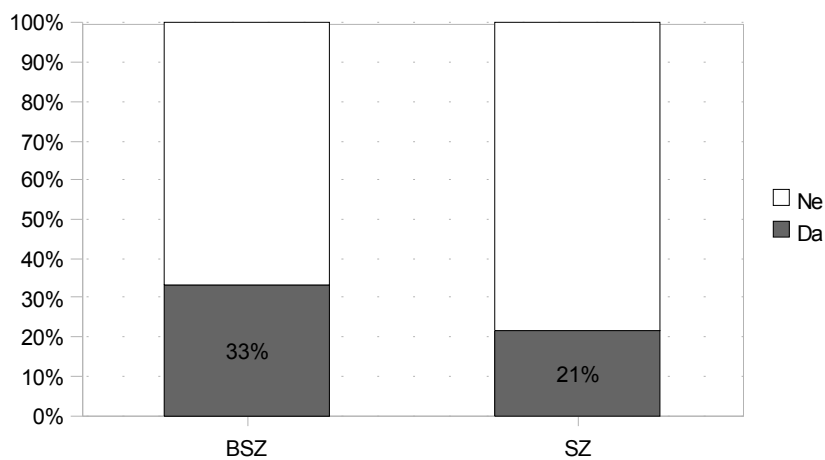
Slika 28 kaže, da je največji delež vseh udeleženk začelo s prostitucijo, ko so potrebovale denar za drogo, nato pa sledijo tiste, ki jih je k temu prisilila droga-diler, z enakimi deleži pa sledijo ostali odgovori. Iz slike 29 lahko ugotovimo, da je od tistih žensk, ki niso imele izkušenj s prostitucijo, jih med BSZ največ (19%) navaja, da se prostituirajo, ko rabijo denar, nato tiste (13%), ki navajajo prisilo droge ali dilerja. Najmanjši delež pa zasedajo ženske (6%), ki navajajo, da je prostitucija njihov način preživetja in da uživajo, a želijo prenehati. Med SZ ženskami, jih največ (14%) navaja, da jih je k temu prisilila droga, diler, nato pa so z enakimi deleži (7%) zasedeni kategoriji, da se prostituirajo ko rabijo denar, ali zaradi kazni do same sebe.



Slika 30: Deleži SZ in BSZ žensk, ki imajo spolnega partnerja.

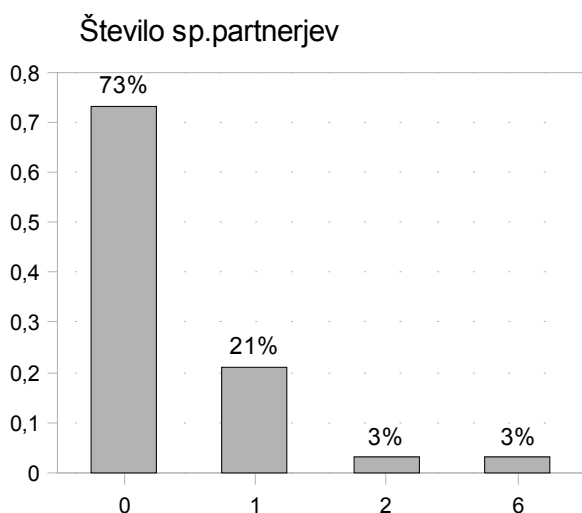
Iz slike 30 lahko vidimo, da ima malo pod  $\frac{3}{4}$  žensk BSZ partnerja, medtem ko le 43% SZ žensk navaja partnerstvo.

Ali ste poleg partnerja imeli spolne odnose še z drugimi osebami?

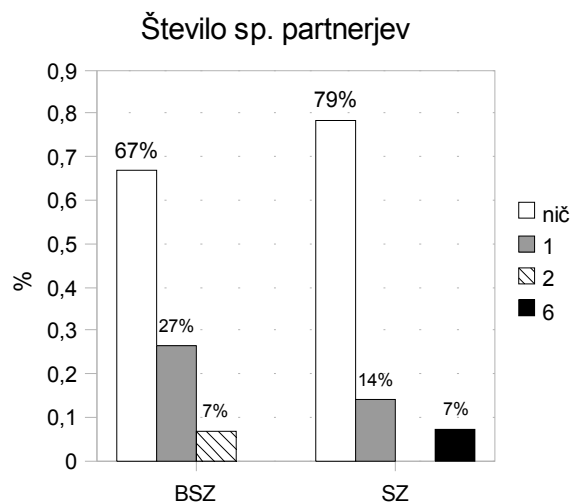


Slika 31: Deleži ostalih spolnih odnosov poleg stalnega partnerskega pri SZ in BSZ ženskah.

Iz slike 31 lahko ugotovimo, da imajo BSZ ženske (33%) v višjem deležu izvenpartnerske odnose kot pa SZ, ki jih navajajo v 21%.

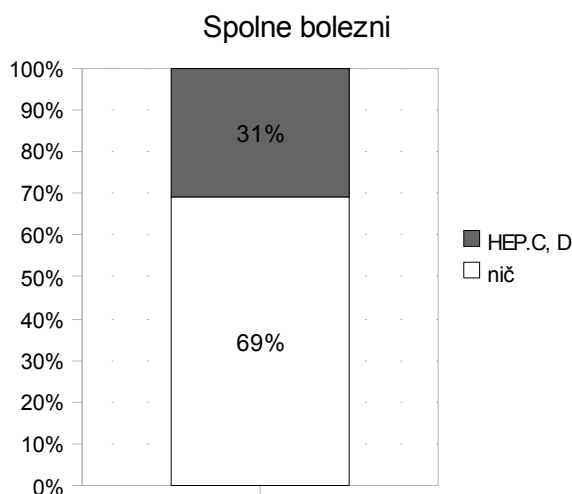


Slika 32: Odgovori vseh žensk v deležih o tem koliko spolnih partnerjev je imela poleg stalnega partnerja

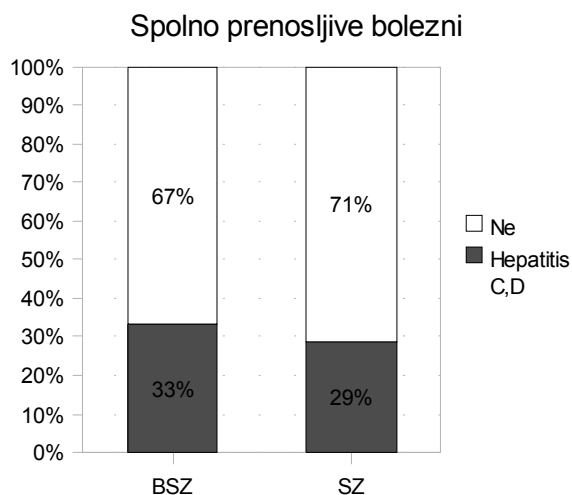


Slika 33: Številčno ostali spolni partnerji ki so jih imele poleg stalnega partnerja SZ in BSZ ženske v deležih

Iz slike 32 lahko ugotovimo, da  $\frac{3}{4}$  žensk ni imelo nobenih spolnih partnerjev izven partnerskega odnosa, malo manj kot  $\frac{1}{4}$  pa je imela enega, sledijo tiste z 2 in tiste s 6 spolnimi partnerji. Slika 33 pa prikazuje, da je več BSZ žensk imelo ostale partnerje in sicer  $\frac{1}{4}$  enega in nato sledijo tiste z 2 partnerjema poleg stalnega. SZ ženske pa so v 14% imele enega partnerja poleg stalnega in nato sledijo tiste s 6.



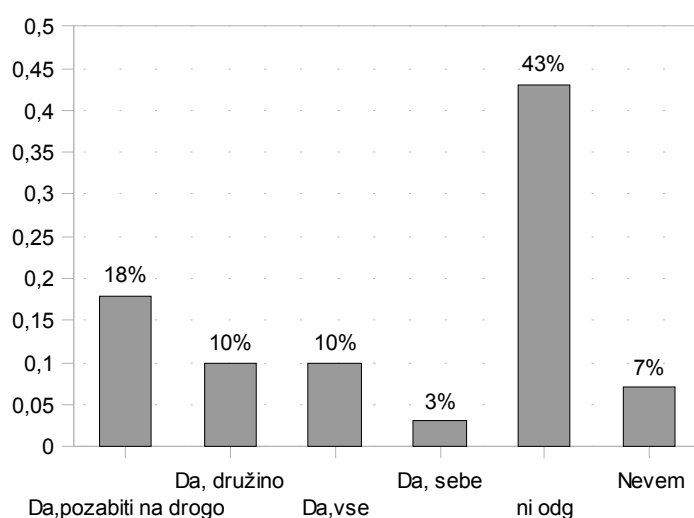
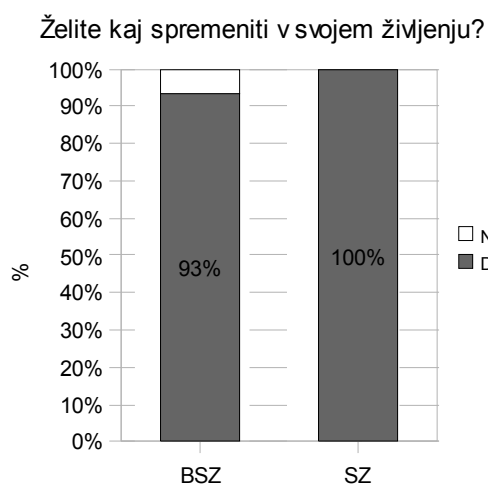
Slika 34: Deleži vseh žensk, ki imajo spolno prenosljivo bolezen



Slika 35: Deleži spolno prenosljivih bolezni pri SZ in BSZ ženskah

Slika 34 prikazuje, da ima 1/3 vseh uporabnic prepovedanih drog spolno bolezen Hepatitis C.

Iz slike 35 lahko ugotovimo, da ima 1/3 BSZ žensk hepatitis C in malo manj (29%) SZ žensk.



Slika 36: Odgovori SZ in BSZ žensk, o želji po spremembi v življenju.

Slika 37: Odgovori uporabnic prepovedanih drog o tem kaj želijo spremeniti v svojem življenju.

Iz slike 36 lahko ugotovimo, da želijo vse SZ ženske kaj spremeniti v svojem življenju in skoraj vse BSZ ženske (93%). Iz slike 37 lahko ugotovimo, da veliko žensk odgovorov ni podalo. Od tistih, ki pa so pritrdilno odgovorile, lahko rečemo, da jih največ želi pozabiti na drogo, nato v enakih deležih (10%), da želijo spremeniti družino ali kar vse. Sledijo odgovori, da ne vedo kaj bi spremenila in na koncu bi želele sebe spremeniti.

## ODONS DO SPOLNOSTI

(N=29)

Tabela 2: Frekvenčna porazdelitev glede na postavke pri vprašanju 20 in aritmetična sredina glede na strinjanje s postavkami.

POSTAVKA	<i>f</i>	%	<i>M</i>
1. Seks je sestavni del dobre partnerske veze	19	66%	4,41
2. Seks je izpolnjevanje zakonske dolžnosti	3	10%	1,79
3. Seks je izkazovanje ljubezni, nežnosti, intimnosti	21	72%	4,17
4. Seks je užitek	7	24%	3,14
5. Seks je trpljenje in gorje	2	7%	2,45
6. Ne prenesem telesnega stika z moškimi	4	14%	2,10
7. Seks je vir zaslužka	4	14%	2,21
8. Seks je manipulacija	6	21%	2,83
9. Seks je predajanje in jemanje	5	17%	3,00
10. Seks je nujno zlo	7	24%	2,93
.			
11. Seks je nekaj najlepšega na svetu	0	0%	2,97
.			

Opomba: *f*- frekvenca, %-deleži, *M*- aritmetična sredina strinjanja s postavkami

Iz tabele 2 lahko ugotovimo, da so se uporabnice prepovedanih drog (SZ in BSZ) najpogosteje odločile za 3. postavko in takoj za njo za 1. postavko (najvišja frekvenca in deleži). Nato sledijo postavke z enakimi odstotki (24%) 4. in 10, nekoliko manj so se odločale za 8. in nato za 9. postavko, sledijo pa še 6. in 7. s 14% in 2. ter nikoli izbrana 11. postavka. Pri odločanju, koliko se s posamezno postavko strinjajo na lestvici od 1-5, pa je najvišja aritmetična sredina pri postavki 1. in nato za 3. postavko (na meji med popolno se strinjam in



delno se strinjam). Nato je bilo njihovo mnenje, da se ne morejo odločiti ( $M=3$ ) pri postavkah 4, 9, 11, 10, 8. Delno se niso strinjale s postavkami 5, 7, 6 in med delnim in popolnim nestrinjanjem so bile pri postavki 2.

## ODNOS DO DRUŽINE

( $N=29$ )

Tabela 3: Frekvenčna porazdelitev glede na postavke pri vprašanju 21- „Ali si želite, da bi v svojem življenju imeli stalnega partnerja, dom in družino“ in aritmetična sredina glede na strinjanje s postavkami.

	POSTAVKA	<i>f</i>	%	<i>M</i>
1.	<b>Da, zelo si želim ustvariti družino in imeti otroke</b>	18	62%	3,31
2.	<b>Da, vendar si želim le otroka, ki bi ga sama preživljala</b>	1	4%	2,41
3.	<b>Da, vendar si ne želim otrok</b>	2	7%	1,59
4.	<b>Da, vendar me je strah</b>	4	14%	3,72
5.	<b>Da, vendar nisem dovolj dobra, da bi imela družino</b>	11	38%	3,55
6.	<b>Ne, ne želim nikogar</b>	2	7%	1,97
7.	<b>Ne, ker me je strah</b>	0	0%	2,34
8.	<b>Ne, ker ne prenesem moških</b>	0	0%	1,97
9.	<b>Ne, ker ne prenesem otrok</b>	0	0%	1,83
10.	<b>Ne, ker se počutim umazani in ničvredno</b>	2	3%	2,86

Opomba: *f*- frekvenca, %-deleži, *M*- aritmetična sredina strinjanja s postavkami

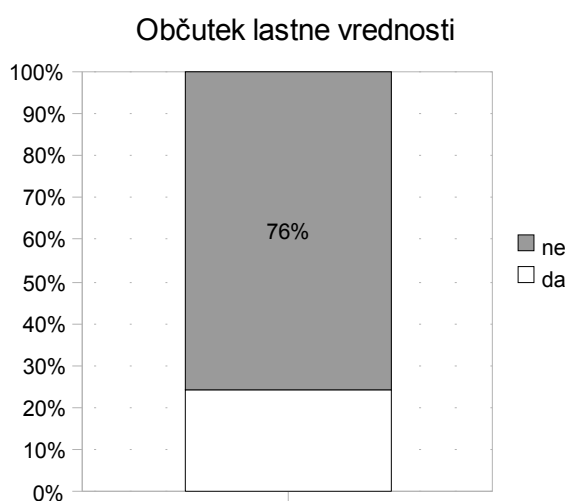
Iz tabele 3 lahko ugotovimo, da so se uporabnice prepovedanih drog (SZ in BSZ) glede na pogostost izbiranja, (frekvence) največkrat odločile za 1. postavko in za njo za 5. postavko (najvišja frekvenca in deleži). Nato sledi z malo izbirami postavka 4, z enakimi odstotki (7%) pa sledijo 3, 6 in 10 postavka in na koncu 2. postavka. Nikoli niso izbrale postavke 7,8,9.

Pri odločanju, koliko se s posamezno postavko strinjajo na lestvici od 1-5, pa je najvišja aritmetična sredina pri postavki 4 in 5, s katerima se delno strinjajo ( $M=4$ ). Pri postavkah 1 in 10 je bilo njihovo mnenje, da se ne morejo odločiti. Delno se niso strinjale s postavkami 2,7, 6, 8, 9 in 3.

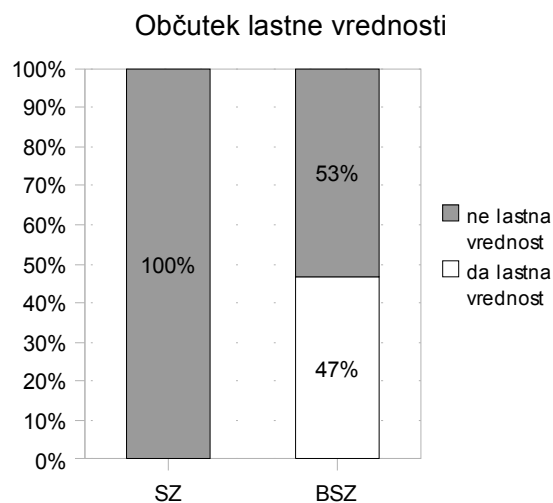
### **Značilnosti, ki so vezane na občutek lastne vrednosti, nasilja v partnerskih odnosih, spolne usmerjenosti**

#### Občutek lastne vrednosti

Občutek lastne vrednosti (v nadaljevanju OLV), je pridobljen, ne pa prirojen, pretežno skozi sporočila iz primarnega okolja skozi proces odraščanja. Močno je povezan z družinsko dinamiko in trajnimi negativno predznačenimi sporočili s strani pomembnega v ožjem socialnem okolju. (Hvala:2008-Zbornik zdravstvene nege:59). Že iz vidika disfunkcionalne družine, ki posredno pogojuje tovrstni slog vzgoje, lahko rečemo, da ima mladostnik iz disfunkcionalne družine več možnosti za slab OLV in s tem tudi več možnosti za to, da se do sebe vede na škodljiv način. Če je v ozadju še zloraba, pa gre še za dodaten rizični dejavnik, kajti večina žrtev zlorab o sebi razmišlja, kot da si je zlorabo« zaslužila.« Razlika med SZ in BSZ v občutku lastne vrednosti je razložljiva tudi iz dejstva, da so BSZ skozi proces okrevanja ponosne, da so zmogle vzpostaviti abstinenco, medtem ko se SZ uživalk PAS ravno po vzpostavitvi abstinence najintenzivneje srečajo z občutki, ki jih povzroči zloraba. (sram, jeza, krivda...)



Slika 38: Delež vseh žensk v občutku



Slika 39: Delež SZ in BSZ žensk s in

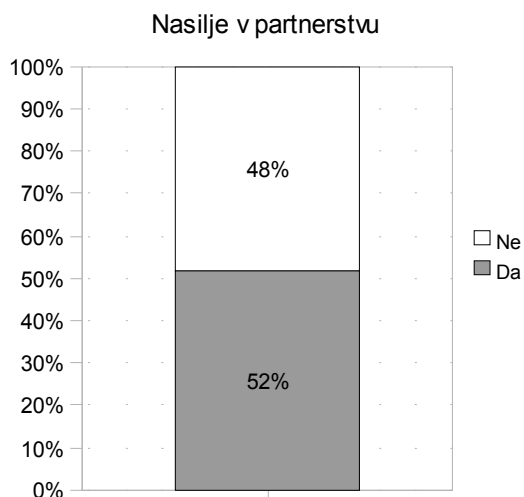
brez lastne vrednosti.

občutka lastne vrednosti.

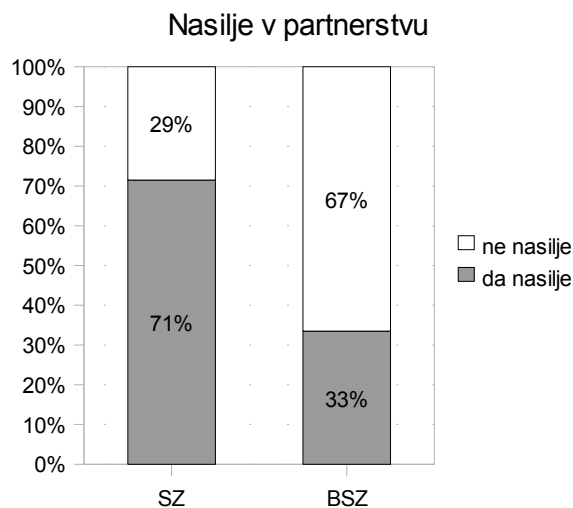
Na sliki 38 lahko vidimo, da jih od vseh žensk  $\frac{3}{4}$  ni poročalo o pozitivnem občutku vrednosti. Iz slike 39 pa lahko ugotovimo, da vse SZ ženske navajajo neustrezen občutek lastne vrednosti, pri BSZ pa je takšnih polovica žensk.

### Nasilje v partnerstvu

Slog življenja, ki ga živijo uživalk prepovedanih drog v fazi razvoja odvisnosti in v kronični fazi odvisnosti, pogosto tudi v času substitucijske terapije, je pogosto vezan tudi na nasilje. Ne gre vedno za nasilje, ki bi mu botrovala čustva, osebnostna struktura, oz. drugi dejavniki, ki sprožajo nasilje v odnosih, temveč za način preživetja z drogo. Droga v odnosu, kjer imata oba partnerja težave z odvisnostjo, pomeni osnovno gibalno in način preživetja, le-ta pa s sabo prinese tudi nestrpnost, krizo, kriminalna dejanja in vedenje, ki bi se ga uživalec v treznem stanju ne privoščil. BSZ po vzpostavitvi in vzdrževanju abstinence pogosto zmorejo postaviti meje na nasilje. Z razliko SZ uživalk, kjer pa gre v času odvisnosti za podoben slog življenja, težava pa je, ker je žrtev zapletena v spiralo nasilja, iz katere težko izstopi tudi v fazi, ko droge ne uživa več. (razvidno iz kvalitativne analize)



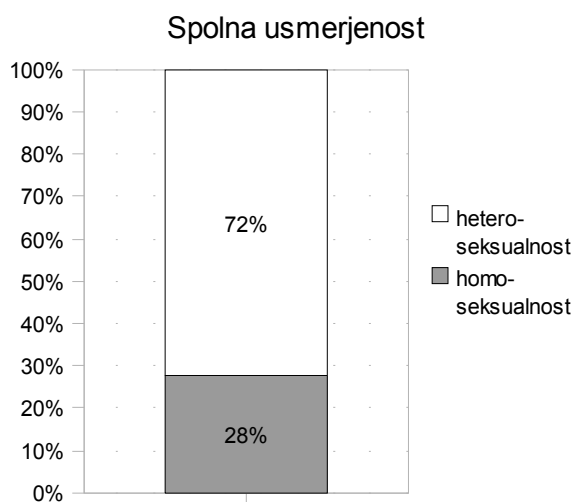
Slika 40: Delež vseh žensk, ki v svojem partnerstvu doživlja nasilje



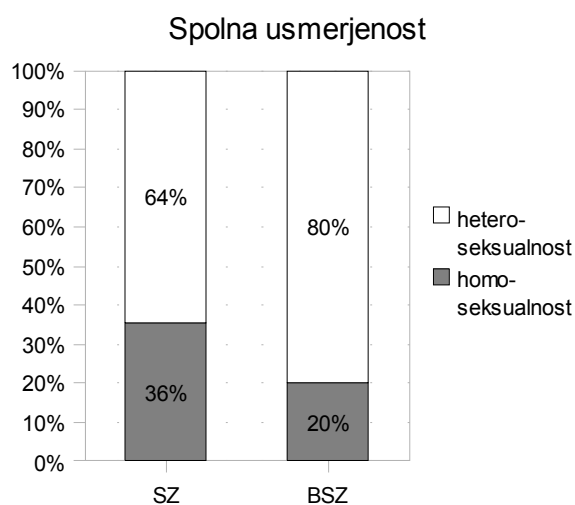
Slika 41: Delež SZ in BSZ žensk, ki v partnerstvu doživljajo nasilje.

Iz slike 40 lahko ugotovimo, da je malo več kot polovica žensk v partnerstvu, kjer je prisotno

nasilje. Slika 41 pa kaže, da je dvakrat več SZ žensk (71%), ki doživljajo nasilje v partnerstvu, kot pa BSZ (33%).



Slika 42: Delež vseh žensk glede glede na spolno usmerjenost.



Slika 43: Delež SZ in BSZ žensk na njihovo spolno usmerjenost.

Iz slike 42 lahko ugotovimo, da je malo pod 1/3 žensk istospolno usmerjenih. Slika 43 pa kaže, da je med SZ ženskami (36%) za polovico več istospolno usmerjenih žensk kot pri BSZ ženskah (20%).

## 6.2 PREIZKUSI HIPOTEZ (hi – kvadrat)

Tabela 4: Ugotavljanje statistične pomembnosti razlike med SZ in BSZ s Hi-kvadratom za različne spremenljivke.

	hi-Hvadrat	df	p	Fisher test
<b>Psihične težave (DA/NE)</b>	3,027	1	0,082	0,169 (a)
<b>Poskus samomora (DA/NE)</b>	<b>8,191</b>	<b>1</b>	<b>0,004*</b>	/
<b>Zaupala stisko (DA/NE)</b>	0,077	1	0,782	1,000 (a)
<b>Hospitalizacija (DA/NE)</b>	1,830	1	0,176	/
<b>Spolne usluge (DA/NE)</b>	0,419	1	0,518	0,700 (b)
<b>Stalni partner (DA/NE)</b>	2,773	1	0,096	/
<b>Drugi sp. odnosi (DA/NE)</b>	0,514	1	0,474	0,682 (a)
<b>Zdravila (DA/NE)</b>	1,710	1	0,191	/
<b>Občutek lastne vrednosti (DA/NE)</b>	<b>8,612</b>	<b>1</b>	<b>0,003</b>	<b>0,006 (a)</b>
<b>Istospolnost (DA/NE)</b>	0,895	1	0,344	0,427 (a)
<b>Nasilno partnerstvo (DA/NE)</b>	<b>4,209</b>	<b>1</b>	<b>0,040</b>	/

Opombe:\* statistično pomembne razlike na nivoju 0,05, df- stopnje svobode, (a)- 2 celici (50%) imata pričakovano vrednost manjšo kot 5, (b)- 1 celica (25%) ima pričakovano vrednost manjšo kot 5.

Rezultati kažejo, da obstajajo statistično pomembne razlike med spolno zlorabljenimi ženskami (SZ) in ženskami brez spolne zlorabe (BSZ) v številu izvršenih samomorov, v občutku lastne vrednosti in v nasilnem partnerstvu. In sicer se je pokazal trend, da so SZ ženske pogosteje navajale izvršitev samomora kot pa BSZ ženske. Prav tako se je pokazal trend, da imajo SZ ženske manjši občutek lastne vrednosti kot BSZ ženske. Tudi v partnerstvu se je pokazalo, da imajo SZ ženske pogosteje nasilne partnerske zveze kot pa BSZ ženske. Seveda tukaj ne moremo ničesar reči o vzročnosti in direktni povezanosti.

Na podlagi rezultatov lahko potrdimo hipotezo 1 (Slika 14- 21, Tabela 4, Tabela 5), da SZ ženske pogosteje izvajajo samouničevalno vedenje kot BSZ ženske. Potrdimo lahko tudi hipotezo 2 (Tabela 4, 5, Slika 40, 41), da imajo SZ ženske nižji občutek lastne vrednosti. Tudi hipotezo 4 (Tabela 2, 4, 5, Slika 42, 43) lahko potrdimo in sicer, da uživalke prepovedanih drog, ki navajajo spolno zlorabo, pogosteje vstopajo v nasilne partnerske odnose. Hipotezo 3, da uživalke prepovedanih drog, ki so doživele spolno zlorabo, večkrat navajajo istospolne

odnose, pa na podlagi dobljenih rezultatov ne moremo potrditi (Tabela 4, Slika 44, 45).

Tabela 5: Pearsonov koeficient korelacije med spolno zlorabo in ostalimi spremenljivkami (Phi 2-smerno).

<b>Spremenljivka</b>	<b>Phi</b>	<b>p (2-smerno)</b>
<b>Izvršila samomor</b>	0,531**	0,004
<b>Nasilje v partnerstvu</b>	0,381*	0,040
<b>Občutek lastne vrednosti</b>	0,545**	0,003

Opombe: \* statistično pomembne razlike na nivoju 0,05 (2-smerno), \*\* statistično pomembne razlike na nivoju 0,01 (2-smerno), Phi- koeficient korelacije za dve dihotomni spremenljivki

Rezultati v tabeli 5 kažejo obstoj srednje do velike pozitivne korelacije med zlorabo in izvršenimi samomori. Tako bodo odvisne ženske, ki poročajo o spolni zlorabi v večji meri tudi izvršile samomor, odvisne ženske brez spolne zlorabe pa v manjših procentih.

Tudi korelacija med zlorabo in nasiljem v partnerstvu je pozitivna, vendar nizka, a statistično pomembna. Kaže se trend, da spolno zlorabljene ženske pogosteje stopajo v nasilnejša partnerstva kot ženske brez zlorabe.

Naslednja korelacija med zlorabo in občutkom lastne vrednosti pa je negativna in velika. To pomeni, da spolna zloraba zmerno do močno negativno korelira z občutkom lastne vrednosti. Kaže se trend, da imajo spolno zlorabljene ženske slabši občutek lastne vrednosti kot pa ženske brez zlorabe. Povedati moramo, da nam korelacija ne pove ničesar o vzročnosti, ampak govori samo o povezanosti.

## 6.3 KVALITATIVNA ANALIZA

\* v nadaljevanju uporaba kratic BSZ (odvisnice, ki ne navajajo zlorab)

\* v nadaljevanju uporaba kratice SZ (odvisnice, ki navajajo zlorabo)

\* kratica OLV (občutek lastne vrednosti)

\* kratica PAS (psihoaktivne substance)

V drugem delu raziskave sem naredila usmerjeni intervju, ki sem ga naredila po enakih zakonitostih, ki sem jih upoštevala že pri izdelavi vprašalnika. Z intervjujem sem želela z odprtimi vprašanji pridobiti globino odgovorov o določenih pojavih (samouničevalno vedenje, lastna vrednost, nasilje v partnerstvu) pri SZ in BSZ. Intervju je bil sestavljen iz 5 vprašanj in 4 podvprašanj. Glavna in bistvena vprašanja sem določila vnaprej in tekom intervjuja sem za dodatna pojasnila v okviru danih smernic po potrebi postavljala dodatna vprašanja. Število anketirank je isto, kot pri kvantitativnem delu, torej 29.

Pri oblikovanju vsebin intervjuja sem upoštevala naslednje tri vrste vprašanj (Rihter po Pattonu, 2001: 41- 42):

- vprašanja, ki se nanašajo na znanje in jih postavimo z namenom odkriti kakšne informacije ima oseba,
- vprašanja, ki se nanašajo na mnenja in vrednost ter jih postavimo z namenom, da razumemo kognitivne in interpretativne procese pri ljudeh,
- vprašanja, ki se nanašajo na izkušnje in obnašanje in jih postavimo z namenom pridobiti opise izkušenj, vedenj in dejavnosti, ki bi jih lahko opazovali kot zunanji opazovalci.

### **Namen intervjuja:**

- definirati razmišljanje in odnos do samouničevalnih oblik vedenja in ugotoviti morebitne razlike  
med SZ in BZS v kontekstu le tega
- kakšne so razlike v načinih izvajanja samouničevalnih oblik vedenja med SZ in SZ

- ali obstajajo razlike v načinih razmišljanja o občutku lastne vrednosti med SZ in BSZ
- kakšen slog partnerstva si izbirajo in s kakšnimi težavami se srečujejo (istospolna partnerstva, nasilje, ponavljajoče se zlorabe..)

### **6.3.1 Povzetek intervjuja**

#### **1. Kako bi definirala samouničevalno vedenje?**

SZ odvisnice od PAS so v glavnem definirale samouničevalno vedenje kot podzavestna in zavestna dejanja, ki imajo slabe posledice za razvoj osebnosti. Smatrajo, da je to način, kako so se kaznovale, je lahko način bega iz sveta, v katerem živiš, pobegniti od sebe na sebi škodljiv način, vedenje, s katerim zavedno ali nezavedno uničuješ svoje dobre lastnosti, zavestno uničevanje samozavesti in samospoštovanja kot kazen. Je fizično in psihično nasilje nad sabo, uničenje uma, kazen za jezo, ker si ne znaš pomagati.

BSZ pa v večini definirajo samouničevalno vedenje kot posledico nizke stopnje OLV in samozaupanja, prepričanje posameznika, da ni vredno živeti, kot samokaznovanje z različnimi neustreznimi oblikami vedenja, ki povzroča posledično bolečino, lahko tudi bolezen, da je to psihično in fizično nasilje nad samim sabo, je bolezen, ki uničuje psiho in zdravje.

Lahko predvidevam, da je doživljanje samouničevalnega vedenja pri SZ odvisnicah bolj usmerjeno v doživljanje le-tega kot posledica lastne usode in sloga življenja, ki si ga je oblikovala za lastno preživetje. Večkrat so prisotne izjave, ki se nanašajo na vedenje v smeri samokaznovalnosti, z razliko od BSZ, kjer so definicije večkrat neosebne, teoretične, čutiti je neprizadetost v smislu, da se to njim ne dogaja.

Pri nekaterih SZ odvisnicah skozi intervju ugotavljam, da večkrat »uporabljajo« zlorabo kot vzrok za izbiro samouničevalnega sloga življenja. Zavedajo se tega, vendar to doživljajo kot nekaj, kar je izven njihove kontrole. Tudi uživanje droge je po mnenju nekaterih logična posledica nečesa, kar ni pod njihovim nadzorom. Samouničevalno vedenje doživljajo v večini kot osebno izkušnjo, z razliko od BSZ, kjer je tovrstno vedenje nekaj, kar se njim ne dogaja.

#### **2. Ali smatrate, da ste se do sebe kadarkoli vedla samouničevalno?**



**( če ste odgovorili z da, v kakšni obliki in v katerem življenjskem obdobju)**

Vse anketirane so odgovorile, da so se v življenju že vedle do sebe uničevalno. Obstaja pa bistvena razlika v izjavah SZ in BSZ, v katerem življenjskem obdobju in v kakšni obliki so izvajale sebi škodljiva vedenja. Večina SZ navaja, da je z samouničevalnimi oblikami vedenja začela že pred uživanjem droge, to pomeni med 12 in 15 letom. Določene oblike vedenja so nekatere nadaljevale tudi v obdobju uživanja drog. Načini izvajanja samouničevalnih oblik vedenja, ki jih navajajo SZ, so mazohistični izpadi, rezanje trebuha, notranje strani nadlahti, zabadanje igel, dvigovanje kože z britvico, zarezovanje z britvico in drugimi ostrimi predmeti, stradanje, motnje hranjenja, poskusi samomora, puljenje obrvi, grizenje in puljenje las, samopretepi, zadajanje hudih telesnih bolečin, butanje z glavo ob trde predmete, zbadanje z ostrimi predmeti v genitalije in dojke, hotno vstopanje v nasilne odnose. Le 30 % SZ doživlja drogo kot samouničevalno vedenje.

Za razliko od BSZ, kjer so vse anketiranke odgovorile, da doživljajo uživanje drog kot osnovno samouničevalno vedenje, z eksperimentacijo z PAS so v glavnem začele v obdobju odraščanja. Kot dodatne, oz. vzporedne oblike samouničevalnega vedenja pa navajajo uživanje tablet, kupljenih na črnem trgu, uživanje strupa za deratizacijo, alkohol, prostitucija, kraje, preprodaja drog, prevoz tujcev čez mejo. 20% jih navaja tudi motnjo hranjenja.

Lahko predvidevam, da SZ odvisnice doživljajo in izvajajo samouničevalno vedenje kot hudo fizično in psihično nasilje nad lastnim telesom in sicer v zgodnejšem obdobju življenja in na daljši rok in da večina droge ne doživlja kot škodljivo obliko vedenja. Droga je v tem kontekstu za SZ odvisnice kompenzacija, oz. način »samozdravljenja« stiske, ki jo povzroča zloraba. Vedenja, ki jih navajajo kot samouničevalna, izvajajo same, to je njihova skrivnost, težko spustijo v začarani krog zlorab, ker je to njihov način preživetja. S tem je povezan tudi problem in specifika nudenja pomoči v vseh fazah okrevanja.

Glede na to, da BSZ odvisnice doživljajo samouničevanje v kontekstu življenjskega sloga, ki ga narekuje droga, so na nek način v bolj realnem in konkretnem stiku s svojim vedenjem, katerega je lažje predvideti glede na fazo odvisnosti. S tem je povezano tudi to, da je lažje

predvideti in ponuditi pomoč in s tem hitreje zmanjševati škodo.

### **3. Ali ste kdaj razmišljali o občutku lastne vrednosti?(OLV)**

**( če ste odgovorili z da, kakšen je po vašem mnenju vaš občutek lastne vrednosti)**

Vse SZ odvisnice so odgovorile, da veliko razmišljajo o OLV, vendar v negativni smeri. Navajajo pogoste občutke nevrednosti, da so ob razmišljanju o sebi na dnu. Ena je odgovorila, da je oseba polna strahu, pogoste so izjave o umazanosti in nevrednosti življenja Navajajo, da je bolj varno o tem ne razmišljati, ker preveč boli in jih »zabedira«

Dve od BSZ nista želeli odgovarjati na to vprašanje, ostale pa so odgovorile pritrdilno, vendar z drugačno vsebino. OLV povezujejo z slogom življenja, povezanega z drogo. 25% jih navaja, da se cenijo,ker vzdržujejo abstinenco od PAS, ostale navajajo, da se doživljajo kot dobre in poštene osebe,ki ne želijo nikomur nič slabega.

Glede na vse doslej pridobljene rezultate in informacije lahko sklepam,da SZ odvisnice navajajo več negativno označenih sporočil o OLV, le ta pa je pogojen tudi s sporočili najbližjih. Iz teorije je znano, da so med drugim sporočila storilca, pogosto tudi ostalih članov družine, da si je sama kriva za to, kar se ji je zgodilo. Čustva, ki jih žrtev čuti ob tem, so navadno destruktivna(jeza, gnus, želja po maščevanju...), ker se jih ne upa izreči in ker so navadno v navzkrižju z pričakovanimi, jih je bolj varno usmeriti vase kot pa tvegati zavrnitev. Droga v tem kontekstu ponovno pomeni kompenzacijo,umik, lažni svet, v katerem je žrtev vsaj začasno zadovoljna s sabo. Hkrati pa se ponovno pojavi problem vstopa v njen »varni » svet in s tem povezana težava z načinom in uspešnostjo nudenja pomoči.

Za razliko BSZ kažejo boljši OLV, so bolj optimistična in pripravljena na konkretne spremembe. Njihov slog življenja z drogo ni skrivnost, temveč način. Kažejo več pripravljenosti na samospreminjanje in željo po ohranjanju abstinence in s tem tudi jačati OLV.

### **4. Kaj bi storili za to, da bi izboljšali odnos do sebe in kdo vam pri tem lahko pomaga?**

Vse SZ navajajo željo po samospreminjanju, večina smatra, da bi bilo potrebno spremeniti način življenja, imeti več zaupanja v ljudi, pridobiti samozavest, samozaupanje, uničiti željo po drogi. Ena navaja, da bi rada bila bolj umirjena. Vendar pa večina (95%) anketirank meni, da morajo to spremembo opraviti same.

BSZ na zastavljeno vprašanje v večini odgovarjajo, da si želijo spremembe, ki se nanašajo na uživanje drog, želijo postati bolj odgovorne do sebe, rade bi se zaposlile, si ustvarile družino, postale bi rade neodvisne, samostojne, rešile bi se rade problema odvisnosti od PAS, obrnile bi rade življenje sebi v užitek, rade bi bile psihično bolj stabilne, želijo se učiti tehnik reševanja problemov, pridobiti izobrazbo, urediti odnose doma. Pri tem navajajo, da bi jim lahko pomagali različni programi za zdravljenje odvisnosti, terapeuti, starši, partnerji, svetovalni delavci.

Nasploh so bili odgovori SZ bolj skopi, manj konkretni, bolj usmerjeni v nerealne cilje, predvsem pa niso temeljili na vsebinah, kjer je sploh možno nuditi pomoč. To sicer kaže tudi na stil življenja, ki ga navajajo SZ ženske. Njihova pogosta sporočila so, da jim nihče ne more pomagati, da se ne da nič spremeniti, ko pa dobijo konkretno ponudbo, kako se problema lotiti, se umaknejo, kajti sprememba lahko povzroči razkritje, tega pa jih je strah. Zaskrbljujoče je to, da so vse anketiranke vključene v proces pomoči, a svetovalca ne doživljajo kot pomoč. To lahko sodi tudi v kontekst ponavljajoče se izkušnje. Iz kvantitativnega dela je razvidno, da so skoraj vse žrtve SZ že imele predhodno obravnavo v institucijah, pa jih to ni ustavilo pred ponovnim začetkom uživanja droge.

Z razliko od zgoraj navedenega so BSZ odvisnice bolj konkretn v odnosu do samospreminjanja in iskanja pomoči, usmerjena bolj konstruktivno, optimistično predvsem pa so do svojega stanja kritični in jih sprememb ni toliko strah, čeprav je seveda prisoten dvom in strah, da ne bi ponovno posegle po drogi.

## **5. Ali ste v partnerstvu?**

**(če ste odgovorili z da, kako bi opisali odnos, kakšna so vaša pričakovanja, kaj bi spremenili)**

36% anketiranih SZ odvisnic je navedlo, da so trenutno v istospolnem partnerstvu, 20% navaja stalnega partnerja, ostale navajajo občasne zveze, vzroki za razpad zveze pa je

navadno psihično ali fizično nasilje, ena navaja tudi spolno nasilje. V nasprotju z anketiranimi, ki so odgovorile, da živijo v istospolnem razmerju in navajajo ljubeč odnos, s katerim so zelo zadovoljne.

V glavnem so pričakovanja SZ usmerjena v to, da bi jim partner nudil varnost, nežnost, zaščito, zaupanje, ob njem bi bile rade takšne, kakršne so, da bi jih sprejemal, ne glede na to, da so imele v preteklosti izkušnje z drogo, prav tako si želijo, da bi partner razumel njihovo stisko glede zlorabe. Navajajo tudi, da si ne želijo nikakršnega nasilja, tiste, ki se jim nasilje dogaja, pa se želijo umakniti.

20% od BSZ anketirank je navedla istospolno partnerstvo, 40% navaja stalno partnerstvo, 20% navaja, da trenutno nimajo partnerja, ker se ne počutijo dovolj močne glede abstinence od prepovedanih drog, ostale navajajo občasne partnerske zveze, ki so jih prekinile zaradi neustreznega odnosa do njih, partner pa je bil tudi uživalec drog. 30% anketirank navaja fizično in psihično nasilje, ki je bilo vezano na slog življenja (droga in odvisnost), ostale agresivnih odnosov ne navajajo. Pričakovanja BSZ so v glavnem podobna s tem, da si ne želijo, da bi bil partner odvisen, posesiven ali agresiven. Prav tako navajajo željo po materialni preskrbljenosti, razumevanje do nje in njene primarne družine, družabnost, željo po otrocih, zakon, kar 50% pa jih navaja tudi zadovoljivo spolnost.

Podatek, da je več, kot tretjina anketiranih SZ odvisnic odgovorilo, da ima istospolnega partnerja, lahko utemeljim tudi s tem, da skozi ostale anamnestične podatke spolno zlorabljenе odvisnice navajajo nesposobnost spolnega akta z moškimi, zaradi fizičnih bolečin, pogosto jim spolni akt z moškim povzroča nenadne prebliske potisnjenih vsebin, prav tako navajajo občutek nevarnosti in strahu pred stalnimi odnosi z moškimi. Domnevam, da gre v teh odnosih bolj za kompenzacijo in izogib bolečini, kot posledici travme, ne pa toliko homoseksualne usmerjenosti.

Podatki o pričakovanjih od partnerstva so si različni v tem, da so BSZ dovolile govoriti tudi o spolnosti, kot pomembnemu dejavniku uspešnega odnosa. Prav tako je razlika v tem, da se je

kar visoko število BSZ anketirank zmoglo postaviti zase v nasilnih odnosih, med tem ko SZ odvisnice navajajo nasilje in ne zmorejo oditi, kar je razložljivo z dinamiko nasilja in žrtvino nemočjo v spirali nasilja. Sicer so si odgovori o pričakovanjih podobni: večina si želi partnerja, ki jih ne bi doživljal kot bivše odvisnice, veliko pričakovanj je irealnih, kar pa v kontekstu droge lahko pomeni rizični dejavnik.

## 7 ZAKLJUČKI RAZISKAVE

V zvezi z opisanim področjem sem v raziskavi preverila naslednje hipoteze:

1. Pri uživalkah prepovedanih drog, ki so doživele spolno zlorabo, je pogostejša potreba po samouničevalnem vedenju, kot pri uživalkah drog, ki ne navajajo spolnih zlorab.
2. Med uživalkami drog, ki so doživele spolno zlorabo in med tistimi, ki spolne zlorabe ne navajajo, obstaja razlika v občutku lastne vrednosti.
3. Uživalke prepovedanih drog, ki so doživele spolno zlorabo, večkrat navajajo istospolne odnose
4. Uživalke prepovedanih drog, ki navajajo spolno zlorabo, pogosteje vstopajo v nasilne odnose.

\* spolno zlorabljene uživalki prepovedanih drog (v nadaljevanju SZ)

\* uživalki drog, ki spolne zlorabe ne navajajo (v nadaljevanju BSZ)

Z izvedeno raziskavo so se mi potrdile tri od štirih postavljenih hipotez, Ni se mi potrdila hipoteza, da uživalki prepovedanih drog, ki so doživele spolno zlorabo, večkrat navajajo istospolne odnose.

### 7.1 Zaključki kvantitativnega dela raziskave

**Iz raziskave, ki se nanaša na demografske značilnosti, je razvidno:**

- da sta skupini tako številčno kot po starosti skoraj povsem izenačeni
- da večje število SZ še vedno živi doma, kar je povezano z vlogo, ki jo imajo žrtve zlorab v družinskem sistemu. Zloraba je družinska skrivnost, ki jo je potrebno ohranjati, sicer obstaja nevarnost, da sistem razpade. Žrtev torej mora ostati, prevzeti vlogo »kontrolorja« družinske situacije. Ta pozicija žrtvi onemogoča samostojnost in prepoveduje odhod iz malignega okolja, ker ji morebitna izguba kontrole povzroča preveliko stisko.

### **Iz raziskave, ki se nanaša na spolne zlorabe, je razvidno:**

- iz slike 2: je razvidno, da so žrtve največkrat navajale kombinirane vrste zlorab, to pomeni spolno, psihično in fizično nasilje, kar potrjuje že preverjene podatke, da gre pri zlorabljenih uživalkah prepovedanih drog najpogosteje za dalj časa trajajočo zlorabo incestnega značaja, ki se najpogosteje dogaja v družini. Čas in stalna prisotnost storilca v nefunkcionalni družini pogojuje tudi ostale vrste zlorab.

-žrtve zlorab navajajo, da je največkrat prihajalo do zlorab s strani pomembnih ljudi v njihovih življenjih (največkrat oče,ded, stric, nekatere žrtve navajajo kombinacije zlorabiteljev). Torej lahko rečem, da je največ zlorab incestnega značaja, kar skozi predvideno prognozo pomeni oteževalni dejavnik

-.SZ navajajo, da so o zlorabi sicer spregovorile in sicer najpogosteje so zaupale partnerju oz. prijatelju. Glede na to, da so se zlorabe v glavnem dogajale v otroštvu, je iz tega podatka razvidno, da je žrtev izkušnjo zlorabe potisnila in o njej spregovorila izven družinskega sistema.

- Večina žrtev storilca ni nikoli prijavila.

### **Iz področja raziskave, ki se nanaša na značilnosti njihovega življenja je razvidno:**

- da manj BSZ navaja psihične težave, večina SZ pa navaja, da so v svojem življenju že ime veliko psihičnih težav, največkrat navajajo depresije, motnje hranjenja in samopoškodbe. S tem je povezan tudi podatek, da je 2/3 SZ žensk jemalo zdravila za premaganje psihičnih težav, največkrat so bila to pomirjevala.

-iz raziskave je razvidno, da je v skupnem številu 59% žensk že imelo izkušnjo s poskusom samomora, vendar se je znotraj primerjave med SZ in BSZ pokazalo, da je 86% SZ žensk poskusilo izvršiti samomor, v primerjavi z BSZ, ki izkušnjo poskusa samomora navajajo v 33%. Največ žensk, navaja, da je imelo to izkušnjo enkrat, znotraj primerjave med SZ in BSZ pa se pokaže, da je 40% imelo dva ali večkrat.

-Večina žensk je o poskusu samomora spregovorila, vendar pa znotraj primerjave o tej izkušnji spregovorilo več SZ. Iz navedenega lahko sklepam, da so SZ bolj nagnjene k samouničevalnim oblikam vedenja, hkrati pa podatek, da so SZ o izkušnji poskusa samomora večkrat zaupale, lahko razlagam tudi kot način iskanja pomoči za primarno stisko.

- Zaradi psihičnih težav je bilo hospitaliziranih enkrat več SZ, prav tako v večjem številu navajajo večkratno hospitalizacijo.
- več BSZ žensk navaja, da je že nudilo spolne usluge za denar (z DA je odgovorilo 40% BSZ in 29% SZ žensk), največkrat so kot razlog za to navajale, da so denar potrebovale za drogo. Enak vzrok, vendar v manjšem številu so navajale tudi SZ.
- več BSZ žensk navaja, da so v partnerskem odnosu, od tega jih skupno polovica navaja nasilje v partnerstvu, pri primerjavi med SZ in BSZ pa 71 % SZ navaja nasilje v partnerstvu. V skupnem številu največkrat potrdijo, da je seks sestavni del dobre partnerske zveze, izkazovanje ljubezni, nežnosti in intime,
- večina od skupnega števila si želi družine in otrok, hkrati pa navajajo strah,
- od skupnega števila večina žensk navaja, da si želijo kaj spremeniti, največkrat je to področje, ki se nanaša na droge,
- vse SZ ženske navajajo nizek občutek lastne vrednosti

## **7.2 Zaključki kvalitativnega dela raziskave**

### **Vprašanja:**

**1. Kako bi definirala samouničevalno vedenje?**

**2. Ali smatrate, da ste se do sebe kadarkoli vedla samouničevalno?**

**(če ste odgovorili z DA, v kakšni obliki in v katerem življenjskem obdobju?)**

**3. Ali ste kdaj razmišljali o občutku lastne vrednosti ? (OLV)**

**(če ste odgovorili z DA, kakšen je po vašem mnenju občutek lastne vrednosti)**

**4. Kaj bi storili za to, da bi izboljšali odnos do sebe in kdo vam lahko pri tem pomaga?**

**5. Ali ste v partnerstvu?**

**(če ste odgovorili z DA, kako bi opisali odnos, kakšna so vaša pričakovanja, kaj bi spremenili?)**



## Rezultati kvalitativnega dela raziskave

Doživljanje samouničevalnega vedenja je pri SZ odvisnicah bolj v smislu doživljanja lastne usode in posledično stila življenja, ki si ga je oblikovala za preživetje. Bolj se zavedajo izkušnje samokaznovalnosti, kot BSZ odvisnice, kjer so definicije bolj neosebne, teoretične, čutiti je neprizadetost, nekaj, kar se ne dogaja njim, če pa se, je po njihovem mnenju to ozdravljivo. Pri SZ odvisnicah lahko sklepamo tudi, da uporabljajo spolno zlorabo kot vzrok za sedanji stil življenja (droga, partnerstvo...) čeprav pa se očitno zavedajo posledic travme, med tem ko je pri BSZ odvisnicah samouničevalno vedenje, nekaj, kar se njim ne dogaja, je zunaj njih, to ni njihova izkušnja. Vprašanje pa je, koliko so kritične do uživanja droge.

SZ odvisnice doživljanjo samouničevalno vedenje kot hudo fizično nasilje nad lastnim telesom, jemanje droge pa skoraj ni vključeno, v nasprotju z trditvijo zgoraj, da so bolj kritične do uživanja droge kot BSZ. S tem pa se potrjuje hipoteza, da je uživanje droge pri SZ kompenzacija oz. način poiskusa "samozdravljenja". S tem se potrди zgornja trditev, da SZ težje dovolijo pomagati, oz. da je zelo težko vztopiti v njihov svet in pomagati prekiniti začaran krog. Vedenja, ki jih navajajo so bolj intimna, težje jih je prekiniti, težje je nuditi pomoč, težje je o njih spregovoriti. BSZ so na nek način v bolj realnem stiku s svojim vedenjem, katerega je tudi lažje predvideti glede na stopnjo odvisnosti in s tem tudi zmanjševati škodo, ki je storjena predvsem na odnosu droge.

SZ navajajo več negativno označenih sporočil o občutku lastne vrednosti, oz. se področja, kjer so ranljivejša, izogibajo. Odnos do lastne vrednosti je seveda pogojen tudi s sporočili najbližjih, pri spolno zlorabljenih dekletih pa je pogosto sporočilo storilca, da si je sama kriva za to, kar je storila. Čustva, ki jih žrtev čuti do storilca, so destruktivna. (jeza, želja po njegovi smrti, gnus...) Ker si jih ne upa izreči, jih je bolj varno usmeriti vase, kot pa tvegati zavrnitev. Droga v tem kontekstu ponovno pomeni kompenzacijo, umik, "lažni self", s katerim je SZ vsaj nekaj trenutkov zadovoljna. Z razliko od BSZ, kjer odgovori kažejo na boljši odnos do lastne vrednosti, čeprav tudi na izogibanje tistemu, kar ni prijetno, vendar v tem kontekstu bolj kaže na način vedenja, ki je tipičen za odvisniško populacijo. Očitno je, da sprejemajo povratne informacije in jih zmorejo uporabiti za samospreminjanje, ker niso dodatno ranjene z zlorabo, z razliko od SZ, kjer gre za predelavo še dodatne stiske, kar kaže na to, da potrebujejo intenzivnejšo obravnavo.

Ponovna pa se kaže razlika v doživljanju sebe in stopnji destruktivnosti do sebe med SZ in BSZ. Nasploh so bili odgovori SZ bolj revni, manj konkretni, usmerjeni v nekonstruktivne cilje, predvsem niso temeljili na vsebinah, kjer bi sploh lahko kdorkoli pomagal. To kaže tudi na siceršen stil življenja, ki ga navajajo spolno zlorabljen dekleta. Pogosto sporočajo, da jim nihče ne more pomagati, da se ne da nič spremeniti, ko pa pride do konkretne ponudbe, kako se lotiti problema, se hitro umaknejo, kajti sprememba lahko pomeni tudi raskritje, tega pa jih je strah. Zanimivo je, da so vse anketiranke vključene v terapevtske obravnave, terapevta pa ne doživljajo kot pomoč, kar kaže na ponavljanje starega načina vedenja (predhodne obravnave v psihiatričnih ustanovah, ki pa jih redko kdaj ustavijo pri "samomedikaciji" z drogo)

Z razliko od zgoraj navedenega, so dekleta BSZ bolj konkretna, usmerjena tukaj in zdaj, pripravljena na podporo in pomoč, usmerjena bolj konstruktivno in optimistično, predvsem pa so do svojega stanja bolj kritična in jih sprememb ni toliko strah, čeprav je seveda prisoten dvom vase in strah, da bi ponovno začele jemati drogo. Pri odgovorih SZ je 1/3 anketirank odgovorilo, da ima istospolnega partnerja, kar si lahko razlagam na več načinov. Eno je, da mnoga spolno zlorabljen dekleta navajajo nesposobnost spolnega akta z moškim, zaradi fizičnih bolečin, ki so najverjetneje psihosomatska reakcija, pogosto jim spolni stik z moškim povzroči nenadne prebliske potisnjenih vsebin. Prav tako navajajo občutek nevarnosti in strah pred stalnim odnosom z moškim. Domnevam, da ne gre toliko za resnično homoseksualno vedenje, ampak posledično vedenje na preživeto travmo.

Med tem, ko so tudi pri BSZ partnerski odnosi siromašni, vezani na partnerja, ki tudi uživa drogo, oz. jo je užival, pogosteje je naveden agresiven odnos, ki se ga SZ bolj uspešno ogibajo, imajo pa tudi one v svoji preteklosti izkušnje z vstopanjem v nasilne odnose. Po drugi strani pa je čutiti vpliv obravnave, saj jih je skoraj polovici uspelo prekiniti škodljiv odnos in se na ta način postaviti zase, s tem tudi narediti velik korak naprej v smislu okrevanja, saj je znano, kako rizičen je lahko odnos, kjer sta oba partnerja odvisna.

Odgovori o pričakovanju od partnerskih odnosov SZ in BSZ so podobni, različnost vidim le v tem, da so si BSZ dovolile govoriti tudi o spolnosti, kot pomembnemu faktorju, med tem, ko so SZ to področje izpuštile. Pri obeh skupinah je čutiti, da si želijo partnerja, ki jih ne bi

doživljal kot bivše odvisnice, kar je v bistvu irealno pričakovanje, kot tudi večina pričakovanj. Iz tega lahko sklepam, da je področje pričakovnj in želja v kontekstu partnerstva za populacijo odvisnic ranljivejše, s tem pa lahko tudi rizično v odnosu do prepovedane droge.

Odgovori SZ in BSZ so podobni, različnost vidim le v tem, da so si BSZ dovolile govoriti tudi o spolnosti, kot pomembnemu faktorju, med tem, ko so SZ to področje izpustile . Pri obeh skupinah je čutiti, da si želijo partnerja, ki jih ne bi doživljal kot bivše odvisnice, kar je v bistvu irealno pričakovanje, kot tudi večina pričakovanj. Iz tega lahko sklepam, da je področje pričakovnj in želja v kontekstu partnerstva za populacijo odvisnic ranljivejše, s tem pa lahko tudi rizično v odnosu do prepovedane droge.

Iz rezultatov empiričnega dela magistrske naloge, kjer sem primerjala skupini spolno zlorabljenih uživalk prepovedanih drog (v nadaljevanju SZ) in uživalk prepovedanih drog, ki spolne zlorabe niso navajale (v nadaljevanju BSZ), je razvidno, da SZ v podobnih % navajajo spolno, fizično in psihično nasilje in da gre v večini primerov za incestoidno zlorabo, ki so jo žrtve največkrat zaupale partnerju oz prijatelju. Večina žrtev (72%), zlorabe nikoli ni prijavilo.

Pri poglavju, ki se nanaša na značilnosti njihovega življenja, je veliko več SZ žensk navajalo različne psihične stiske, največkrat depresijo. Posledično s tem je tudi jemanje zdravil, več SZ žensk navaja jemanj pomirjeval. 2/3 SZ žensk je navajalo, da je že poskusilo izvršiti samomor, več je bilo tudi iskanja pomoči v psihiatričnih bolnišnicah.

V primerjavi s SZ ženskami je več BSZ (40%) navajalo, da so se že ukvarjale s prostitucijo, tudi pogosteje navajajo stalnega partnerja, hkrati pa večkrat navajajo, da imajo tudi izvenpartnerske odnose. Tako SZ kot BSZ navajajo, da si želijo v življenju marsikaj spremeniti, predvsem v odnosu do droge, družine, sebe, partnerja.

V odnosu do spolnosti jih 72% od vseh navaja, da je seks izkazovanje ljubezni in nežnosti, 66 % pa, da je seks sestavni del dobre partnerske veze. Pri odnosu do družine jih največ odgovarja, da si želijo ustvariti družino in imeti otroke.

Med SZ in BSZ obstaja velika razlika v občutku lastne vrednosti, vse SZ ženske navajajo slab občutek lastne vrednosti. Dvakrat več SZ žensk (71%) navaja nasilje v partnerstvu, 1/3 . Več

SZ žensk tudi navaja istospolno usmerjenost.

Razlike so tudi v tem, kako BSZ in SZ doživljajo samouničevalno vedenje, prav tako so načini izvajanja samouničevalnega vedenja med obema skupina drugačni. BSZ so glede občutka lastne vrednosti bolj optimistična in pripravljena na spremembe, SZ pa navajajo pesimizem in krivdna občutja usmerjena vase. Podobno je tudi pri iskanju pomoči za izboljšanje odnosa do sebe. SZ so v večini mnenja, da jim nihče ne more pomagati, ne zaupajo v programe in svetovalca, med tem, ko so BSZ bolj konstruktivne, ni jih strah sprememb, navajajo pa dvom v abstinenco. Tudi vstopanja v partnerske odnose in pričakovanja od partnerstva so različna, s tem, da imajo SZ več možnosti, da se ponovno zapletejo v spiralo nasilja, ki so ga ponotranjile skozi proces zlorab in drugih oblik nasilja. (podrobnosti empiričnega dela so interpretirane v zaključku raziskave v prejšnjem poglavju)

Upoštevajoč zgoraj navedene podatke, bi bilo potrebno v reintegracijskih programih ojačati elemente, ki se nanašajo na področja čustvovanja, odnosov, predelave zlorab, spolne identitete, ciljnosti, varnosti, socialnih spretnosti, ojačanja občutka lastne vrednosti, destigmatizacije, poseben poudarek pa bi moral biti na področju komorbidnosti. Pri uživalkah drog, ki so matere, je potrebna posebna mreža pomoči, ki jo bom opisala v nadaljevanju. Hkrati z implementacijo zgoraj navedenih vsebin pa je potrebno uporabnice usmerjati v osnovne elemente reintegracije, prevencijo recidiva in vzdrževanje abstience od prepovedanih drog.

Na podlagi teoretičnih in praktičnih izhodišč v magistrski nalogi lahko povzamem naslednje sklepe:

- odvisnost je v Evropi in Sloveniji napredujoč proces, ponudba droga je vedno večja, vedno več mladih se odloča za prepovedano drogo,
- reintegracijski centri v Sloveniji trenutno ne ponujajo programov za ranljive skupine,
- glede na specifično žensk, uživalk drog, je potrebno znotraj reintegracijskih programov dodati posebne ponudbe programov, posebno, če gre za spolno zlorabljenе odvisnice

## 8 .PREDLOGI

Odvisnost od prepovedanih drog je tako v svetu kot pri nas pereč problem,toliko bolj zato, ker kljub različni in vedno večji ponudbi programov, število novih uživalcev prepovedane droge raste. Zaskrbljujoče je tudi dejstvo, da kljub različnim vrstam preventive, starostna meja prvega zaužitja prepovedane droge pada. To kaže na potrebo po spremembah na različnih nivojih tako preventivnem kot kurativnem.

Nacionalna strategija obravnave odvisnosti od prepovedanih drog v Sloveniji in akcijski načrt,je sicer ambiciozno zastavljen, vprašanje pa je, koliko ga je zares v dani situaciji možno uresničiti v praksi.

V Sloveniji je trenutno še vedno najmočnejše zastopan medicinski model obravnave uživalcev prepovedanih drog, ki svoje programe ponuja v dvajsetih Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti, hkrati pa v Centru za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog ponuja celosten program zdravljenja, vključujoč reintegracijsko fazo in različne oblike pomoči ranljivim skupinam, še posebno ženskam žrtvam zlorab. Delo v centrih je kljub temu, da gre za zdravstveno institucijo,zastavljen multidisciplinarno. Velik je poudarek na povezovanju z ostalimi institucijami v Sloveni, ravno tako z ostalimi programi, ki so organizirani kot nevladne organizacije in ponujajo pomoč odvisnim od prepovedanih drog. Ta model ima jasno zastavljeno doktrino. Centri so med sabo povezani v koordinacijo, omogočena je stalna edukacija in supervizija. Zaposleni v centrih, se lahko z dosežki svojega dela in inovativnimi pristopi predstavljajo na različnih domačih, evropskih in svetovnih konferencah.

Mnogi strokovnjaki imajo pomisleke glede učinkovitosti substitucijskega programa, tudi sama ne trdim, da je to najboljši pristop obravnave odvisnosti. Je pa ta model primer dobro organizirane ponudbe in organizacije mreže pomoči, kar zagotavlja uporabniku lažjo dostopnost . V Sloveniji je mnogo društev, ki ponujajo kvalitetne programe za obravnavo odvisnih od prepovednih drog, ponudba je pestra tako na nizkopražnem kot na visokopražnem nivoju, a kljub temu, je še vedno premalo sodelovanja pri oblikovanju programov, ki bili uporabnikom prijazni.

Predloge bom v nadaljevanju strnila v dveh delih. Prvi sklop predlogov se nanaša na

raziskavo, drugi del pa na predlog oblikovanja programa za ženske uživalk prepevedanih drog znotraj socialne reintegracije.

#### **- Predlogi glede na raziskavo z vidika preventive**

Glede na rezultate pridobljene iz raziskave, ki kažejo na specifične razlike znotraj populacije spolno zlorabljenih uživalk drog( v nad. SZ) in tistimi, uživalkami, ki spolne zlorabe ne navajajo(v nad. BSZ). Te specifike se kažejo v doživljanju občutka lastne vrednosti, vstopanja v nasilne odnose in v načinih ter pogostejšem izvajanju samouničevalnih oblik vedenja.

Če grem pri oblikovanju predloga korak nazaj v obdobje odraščanja in razvojne faze odvisnosti, so specifična področja, kjer se kažejo razlike med SZ in BSZ največkrat odvisno od družinske dinamike. Občutek lastne vrednosti je človeku pridobljen s sporočili iz primarnega okolja, ki jih skozi različne faze odraščanja otrok, kasneje mladostnik in odrasel človek ponotranji in si na tak način zgradi podobo o sebi in občutek svoje vrednosti. Če so iz primarnega okolja sporočila na osebo pretežno negativno predznačena, obstaja velika možnost, da si bo posameznik oblikoval slabo podobo o sebi in obratno, pozitivna, optimistična sporočila na osebo dajejo večjo možnost za oblikovanje boljše podobe in samovrednostjenja.

Tudi samouničevalen odnos do sebe ima lahko različne izvore, eden izmed njih je zagotovo občutek lastne vrednosti in travma, kjer pa je zopet družina tista,ki je lahko dejavnik tveganja ali pa zaščite.

Vstopanje v nasilne partnerske odnose ima več vzrokov, eden izmed pomembnih pa je ponavljanje družinskega vzorca nasilja,ki navadno vključuje tudi spolno zlorabo. Žrtev nasilja in zlorab se prilagodi na spiralo nasilja, in jo zaradi preživetja ponotranji kot ustrezno. Nasilje postane slog življenja in zato obstaja velika možnost, da jo ponovi v partnerskem odnosu. Seveda je vključen občutek lastne vrednosti in razmišljanje o sebi, da si boljšega odnosa ne zasluži.

- moj predlog je, da je potrebno veliko več preventivnega delovanja v kontekstu

edukacije svojcev o pomenu vpliva primarnega okolja na oblikovanje občutka lastne vrednosti, povezovanja s šolo in otrokom-mladostnikom, da si skozi proces odraščanja v različnih socialnih sredinah pridobi ustrezno podobo o sebi in posledično občutek lastne vrednosti. S tem bi občutno zmanjšali tudi vse večje število eksperimentatorjev in rednih uživalcev prepovedanih drog.

- prav tako je pomembno zgodnje odkrivanje in ukrepanje glede nasilja v družini in obravnave spolnih zlorab nad otroci in mladostniki
- v ta namen bi bilo potrebno pripraviti različne programe v smislu ojačanja občutka lastne vrednosti, ozaveščanja glede prisotnosti nasilja, definirati nasilje, dati več poudarka medvrstniškem poučevanju, in tovrstne programe vključiti v vrtce in šole.

### **Predlog vsebin, ki bi jih morali vsebovati programi socialne reintegracije spolno zlorabljenih uživalk prepovedanih drog**

Glede na vse podatke, ki sem jih navedla v magistrski nalogi, sem mnenja, da bi morali programi, ki bi nudili pomoč ženskam uživalkam drog z izkušnjo spolne zlorabe vsebovati naslednje vsebine:

- oblikovanje individualnega načrta in analize tveganja, ki se nanaša na konkretno stisko SZ odvisnice,
- možnost vključevanja v podporno žensko skupino,
- možnosti obravnave zlorabe z vidika posttravmatske motnje,
- treningi asertivnosti,
- možnosti obravnave pridružene motnje, če je ta prisotna,
- podporna skupina za družine odvisnikov z otroci,
- podporna skupina in možnost svetovanja materam z izkušnjo spolne zlorabe
- skupine namenjene jačanju občutka lastne vrednosti s poudarkom na ciljnosti, smotrnosti, preživljanju časa
- skupine, ki so namenjene prepoznavanju in upravljanju z čustvi,
- učenje tehnik reševanja problemov
- povezovanje z primarno družino,
- poklicno usmerjanje
- kreiranje novega sloga življenja brez drog

## 9 LITERATURA IN VIRI

1. Mažer, Alida. 1999. Spolna zloraba otrok- Specialistična naloga. Piran: Javni Zavod.
2. Auer, Vladimir. 2001. *Droge in odvisnost*, Ormož: Ibidem.
3. Balažič, Jože. 1996. Etična deontološka vprašanja pri obravnavi oseb, odvisnih od drog. *Medicinski razgledi* 35, 5: 65-67.
4. Bašič, K.1990. Družinsko nasilje in žrtve v njem- Seminar Nasilje nad žensko, Ljubljana.
5. Boben- Bradutzky, Darja. 2004. Motivacija in motivacijski postopki v obravnavi odvisnosti. *Viceversa* 42: 24-40.
6. Cerkovnik-Hvala, Mojca. 2000. *Posledice, vpliv in obravnava spolno zlorabljenih žensk, odvisnih od prepovedanih drog- Diplomsko delo*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
7. Čačinovič Vogrinčič, Gabi. 1992. *Psihodinamski procesi v družinski skupnosti*. Ljubljana: Biota.
8. Čačinovič Vogrinčič, Gabi. 2007. Oddaja Obzorje Duha (25.11.2007). <http://www.rtv slo.si/odprtikot/obzorjaduha/>
9. Čebašek-Travnik, Zdenka. 1997. Medicina odvisnosti-drugačen pogled na znan problem. V: Zdenka Čebašek-Travnik (ured.), Mirjana Radovanovič (ured.), Zbornik prispevkov 1. Slovenske konference o medicini odvisnosti. Ljubljana: Republiški strokovni kolegij za psihiatrijo.
10. Čebašek-Travnik, Zdenka. 1998. Nekateri značilnosti procesa izgorevanja (burnouta) pri terapevtih, ki zdravijo boleznih odvisnosti: doktorska disertacija. Ljubljana.



11. Dernovšček-Hafner, Nataša. 2006. Zbornik socialne zbornice Slovenije. Ljubljana.
12. DiClemente CC, Bellino LE, Neavins T. 1996. Motivation for Change and Alcoholism Treatment. *Alcohol Research&Health* 23, 2: 86-92.
13. Dular, Katja. 2007. Nosečnost in odvisnost od drog- Diplomaska naloga. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
14. Ferlan- Istenič, Marjeta. 2007. Poročilo Inštituta za varovanje zdravja RS: 140-236.
15. Flaker, Vito. 2002. Živeti s heroinom 1 – družbena konstrukcija uživalcev v Sloveniji. Ljubljana: Založba CF.
16. Flaker, Vito. 2002. Živeti s heroinom 2 – k zmanjševanju škode. Ljubljana: Založba CF.
17. Flaker in sodelavci. 1993. *Droge in nasilje- Raziskovalna naloga*. Ljubljana.
18. Furniss, Tilman. 1991. The multi-professional handbook of child sexual abuse: integrated management, therapy, and legal intervention. London. New York: Routledge.
19. Jogan, Maca. 1990. *Družbena konstrukcija hierarhije med spoloma*. Ljubljana: FDV.
20. Jogan, Maca. 1997. *Intelektualna produkcija in seksizem*. Ljubljana: FDV.
21. Kaplan, Harold. 1998. Priručnik kliničke psihiatrije. Jastrobarsko: Naklada slap.
22. Kastelic, Andrej, Mikulan Marija. 2004. *Mladostnik in droga*. Ljubljana: Prohealth.
23. Kastelic, Andrej. 1995. Priporočila in zdravljenje odvisnih od ilegalnih drog. Posvet o odvisnosti- Gozd Martuljek. Ljubljana: Ministrstvo za zdravstvo.
24. Kastelic, Andrej, Zver- Skomina Janja. 1999. *Ženske in droge*. Ljubljana: CIP.

25. Kogovšek, Brane. 2003. Družinski in zakonski problemi. V: Onja Tekavčič Grad (ured.), *Pogovori z ljudmi v duševnih stiskah: Priročnik za svetovanje*. Ljubljana: Psihiatrična klinika.
26. Krek Milan, Krek Jelka. 1996. Nekatere moralno-etične dileme pri zdravljenju odvisnosti od ilegalnih drog. *Medicinski Razgledi* 35, 5: 47-57.
27. Lovrenčič, Mercedes. 2004. *Report on the drug Situation 2004 of the Republica Slovenia*. Ljubljana: Institut of Health of the Republic of Slovenia.
28. Lovrenčič, Mercedes, Lovrenčič Barbara. 2007. Ugotavljanje in primerjava kliničnih ter socialno-demografskih značilnosti med zasvojenimi s heroinom po spolu. V Mercedes Lovrenčič (ured.), *Report on the drug Situation 2007 of the Republica Slovenia*. Ljubljana: Institut of Health of the Republic of Slovenia.
29. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: MKB-10. 1995. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
30. Mesec, Blaž. 1998. *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Paco.
31. Nastran Ule, Mirjana. 1999. *Predsodki in diskriminacije*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
32. Polajner, Bogdan. 1998. *Vrednote zasvojenih z drogami*. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
33. Polajner, Bogdan. 2005. Program visokega praga za abstinate od drog v Sloveniji, from [http://74.125.39.104/search?Q=cache:lxjZ2aecRAAJ:www.uradza.droge.gov.si/in\\_center\\_d](http://74.125.39.104/search?Q=cache:lxjZ2aecRAAJ:www.uradza.droge.gov.si/in_center_d)
34. Rener, Tanja. 2002. Dodatno besedilo h knjigi Živeti s heroinom. V: Vito Flaker, *Živeti s heroinom*. Ljubljana: Založba CF.

35. Richardson, Sue. 1991. Child Sexual abuse: Whose problem?. Birmingham: Venture Press.
36. Rojšek, Janez. 2002. Spolna zloraba otrok - psihološke in psihodinamične lastnosti ter dogajanja pri storilcu, partnerju in žrtvi. *Psihološka obzorja* 11, 3: 39- 53.
37. Skynner, Robin. 1994. Družine in kako v njih preživeti. Ljubljana: Tangram.
38. Stefanoski, Peter. 2006. Zbornik Socialne zbornice Slovenije. Ljubljana.
39. Tomori, Martina. 2000. Odvisnost kot poizkus notranjega ravnovesja. *Odvisnosti 1-2*: 8-9.
40. Tomori, Martina. 1994. *Knjiga o družini*. Ljubljana: EWO.
41. Nacionalni program socialnega varstva. Uradni List Republike Slovenije, let. 2000, št 31.
42. Weewers, Anke. 2002. Opening speech of 2.nd International Harm Reduction Congress on Women and Drugs.
43. Zaviršek, Darja. 1991. *Zgodovinska ikonografija totalne ustanove in fenomen » bolezen-ženska«*. Ljubljana: ČKZ.
44. Zaviršek, Darja. 1994. *Ženske in duševno zdravje*. Ljubljana: CIP.

## 10 POVZETEK

Magistrska naloga z naslovom Pomen in specifika socialne reintegracije spolno zlorabljenih uživalk prepovedanih drog, podrobneje opredeljuje problematiko in specifiko žensk uživalk prepovedanih drog znotraj odvisniške subkulture. Poseben poudarek znotraj »ženske« problematike odvisnic od prepovedanih drog, je namenjen spolno zlorabljenim uživalkam prepovedanih drog. S tem je povezan tudi problem posebne obravnave, ki pa je v Sloveniji trenutno majhna, oz. jo ponujata le dva centra.

Naloga je sestavljena iz teoretičnega in raziskovalnega dela. Teoretični del je sestavljen iz štirih poglavji. V prvem poglavju je podrobno opisana odvisnost od prepovedanih drog, obravnava in uporaba prepovedanih drog v Evropi in Sloveniji, predstavljena je definicija odvisnosti od prepovedanih drog, dejavniki tveganja pri odvisnosti od prepovedanih drog in razvoj odvisnosti od prepovedanih drog.

V drugem poglavju je predstavljena problematika žensk in odvisnosti od prepovedanih drog, pojasnjene so razlike med spoloma glede uživanja prepovedanih drog, psihosocialne karakteristike žensk, odvisnih od prepovedanih drog in vzroki za začetek odvisnosti pri ženskah.

V tretjem poglavju je opredeljena spolna zloraba, predstavljena njena definicija, spekter zlorab in emocionalno vedenjska reakcija na zlorabo je predstavljena v tabeli. Opisana je dinamika spolne zlorabe in dejavniki tveganja pri spolnih zlorabah z poudarkom na družini.

Četrto poglavje obravnava socialno reintegracijo uživancev prepovedanih drog, predstavljena je definicija socialne reintegracije, trenutno stanje glede socialne reintegracije na področju prepovedanih drog v Sloveniji in specifika reintegracije žensk, uživalk prepovedanih drog. V nadaljevanju predstavim Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, Ljubljana, kot primer programa, ki ponuja tudi obravnavo spolno zlorabljenih uživalk drog in problem žensk odvisnic nasploh, vlogo socialnega delavca znotraj centra in pomen »ženske« skupine pri okrevanju po zlorabi in vzdrževanju abstinence od prepovedanih drog.

Peto poglavje poročamo o raziskavi, ki je sestavljeno iz kvantitativnega (vprašalnik) in

kvalitativnega dela. (intervju) Namen raziskave je prikazati razlike med spolno zlorabljenimi uživalkami prepovedanih drog in tistimi, uživalkami prepovedanih drog, ki spolne zlorabe ne navajajo. Navedeno razliko sem raziskovala zato, da sem lahko utemeljila, da imajo spolno zlorabljene ženske znotraj odvisnike populacije posebne potrebe in da je potrebno v ta namen oblikovati posebne programe. Ti bi morali vsebovati specifične vsebine, ki se nanašajo na obravnavo travme, jačanje občutka lastne vrednosti, veščine, ki so namenjene prepoznavanju in upravljanju z čustvi, kako se zoperstaviti nasilju, kreaciji odnosov in planiranju življenja brez drog. V ta namen sem preverjala štiri hipoteze . Potrdila se ni ena in sicer tista, ki se nanaša na podatek, da spolno zlorabljene ženske pogosteje vstopajo v istospolne odnose. Z potrditvijo hipoteze, da obstaja razlika v občutku lastne vrednosti, da spolno zlorabljene žrtve pogosteje vstopajo v nasilne odnose in da se pogosteje do sebe vedejo uničevalno pa sem utemeljila potrebo po dodatnih programih za žensko problematiko znotraj socialne reintegracije.

Raziskovalnemu delu sledijo še razprava, predlogi za izboljšanje dela s spolno zlorabljenimi uživalkami prepovedanih drog in priloga (vprašalnik)

## 11 PRILOGE

- VPRAŠALNIK IN USMERJENI INTERVJU

### VPRAŠALNIK ZA ŽENSKÉ UŽIVALKE DROG, KI *NISO/SO* PREŽIVELE SPOLNE ZLORABE

#### KVANTITATIVNI DEL

Vprašalnik je namenjen raziskovalni nalogi, je anonimen, zato prosim za iskrenost.

1. Starost:

2. Živim: (obkroži pravilno trditev)

- v družini, skupaj s starši in sorojenci
- v družini skupaj s starši
- sama
- skupaj s partnerjem
- sem brezdomka
- drugo

3. Trenutno uživam katerokoli prepovedano drogo, oz. alkohol:

DA

NE

4. Ali ste bila spolno ali kako drugače zlorabljeni:

(v primeru, da niste bila spolno zlorabljeni, napišite, kakšne vrste zlorabe je bila)

DA (/) (kako)

NE

5. Koliko ste bili stari, ko se je zgodila zloraba (če ste bili zlorabljeni dlje časa, starost ob prvi zlorabi)

Starost -----/-----

6. Kdo je bil storilec? (če ni nič od navedenega, vpišite, kdo je bil storilec pod zadnjo alinejo)

- oče
- mati
- brat, polbrat, bratranec (/)
- stric, polstric, teta
- dedek,
- neznani storilec
- drugi -----

7. Ali ste dejanje spolne zlorabe lahko komu zaupali, če da, komu?

DA (komu) \_\_\_\_\_ NE (/)

8. Ali ste storitev prijavili policiji in ali je bil proti storilcu sprožen postopek?  
(obkrožite pravilno trditev)

- da,
- da, a sem kasneje preklicala trditev,
- da, storilec je bil kaznovan (/)
- ne, a si še vedno želim, da bi to storila
- ne

9. Ali ste imeli kdaj v življenju psihične težave ? (če da, navedite kakšne)

DA (kakšne) \_\_\_\_\_ NE  
-depresija, motnje hranjenja

10. Ali ste zaradi psihičnih težav morali jemati kakršna koli zdravila? (navedite, katera)

DA (katera) \_\_\_\_\_ NE

11. Ali ste kdaj poizkusila izvršiti samomor? (če večkrat, navedite, kolikokrat)

DA NE

12. Ali ste kdaj razmišljali o tem, da bi naredili samomor?

( obkrožite pravilno trditev)

- da, vendar le enkrat,
- da, pogosto,
- da, včasih,
- ne, nikoli

13. Ali ste komu zaupala svoje psihične stiske?

( če ste, navedite komu)

DA (komu)            NE (/)

14. Ali ste bili zaradi svojih težav že hospitalizirani v bolnišnici?

(če ste bili navedite v kateri)

DA                    NE

15. Ali ste kadarkoli nudili spolne usluge za denar?

DA ( )                    NE ( )

16. Če imate izkušnje z prostitucijo, obkrožite pravilno trditev:

- prostitucija je moj način preživetja /



- prostituiram se samo, kadar potrebujem denar /
- k prostituciji ne je prisilila droga, dealer ( )
- prostituiram se iz lastnega užitka /
- rada bi prenehala s prostitucijo, pa ne morem /

17. Ali imate rednega spolnega partnerja, če je odgovor da, napišite koliko časa:

DA ( ) (koliko časa)                      NE ( )

18. Ali ste poleg svojega partnerja imeli spolne odnose tudi z drugimi osebami? (če da, navedite s kolikimi)

DA (/) (s kolikimi)                      NE ( )

19. Ali imate katero od navedenih spolno prenosljivih bolezni?

- AIDS /
- Hepatitis B /
- Hepatitis C,D ( )
- Sifilis /
- Katerokoli drugo SPB /
- nič od navedenega ( )

20. Kakšen je vaš odnos do spolnosti? (obkrožite pravilno trditev, lahko tudi več)

- seks je sestani del dobre partnerske veze ( )
- seks je izpolnjevanje zakonske dolžnosti ( )
- seks je izkazovanje ljubezni, nežnosti, intimnosti ( )
- seks je užitek ( )
- seks je trpljenje in gorje ( )
- ne prenesem telesnega stika z moškimi ( )
- seks je vir zaslužka ( )

- seks je manipulacija ( )
- seks je predajanje in jemanje ( )
- seks je nujno zlo ( )
- seks je nekaj najlepšega na svetu (/)

21. Ali si želite, da bi v svojem življenju imeli stalnega partnerja, dom in družino?  
(obkrožite trditev, ki vam ustreza, lahko tudi več)

- da, zelo si želim ustvariti družino in imeti otroke ( )
- da, vendar si želim le otroka, ki bi ga sama preživljala ( )
- da, vendar si ne želim otrok, ( )
- da vendar me je strah ( )
- da, vendar nisem dovolj dobra, da bi imela družino ( )
- ne, ne želim nikogar /
- ne, ker me je strah /
- ne, ker ne prenesem moških /
- ne, ker ne prenesem otrok /
- ne, ker se počutim umazano in ničvredno /

22. Ali želite karkoli spremeniti v svojem življenju, če da, kaj?

DA (kaj) \_\_\_\_\_

NE

## **KVALITATIVNI DEL**

### **VPRAŠANJA**

1. Kako bi definirala samouničevalno vedenje?
2. Ali smatrate, da ste se do sebe kadarkoli vedla samouničevalno?  
(če ste odgovorili z DA, v kakšni obliki in v katerem življenjskem obdobju?)
3. Ali ste kdaj razmišljali o občutku lastne vrednosti ? (OLV)  
(če ste odgovorili z DA, kakšen je po vašem mnenju občutek lastne vrednosti)
4. Kaj bi storili za to, da bi izboljšali odnos do sebe in kdo vam lahko pri tem pomaga?
5. Ali ste v partnerstvu?  
(če ste odgovorili z DA, kako bi opisali odnos, kakšna so vaša pričakovanja, kaj bi spremenili?)

- HI KVADRATI