

Peter Stefanoski

RAZMIŠLJANJA O STROKOVNIH IZHODIŠČIH ZA DELO Z UŽIVALCI DROG NA CENTRU ZA SOCIALNO DELO

SPECIFIČNOST POJMA POMOČI V SOCIALNEM DELU

Ko Mesec (1990: 147-148) razmišlja o vedi socialnega dela, opozori na težave, ki se vežejo na samo ime vede. Predmet vede socialnega dela so procesi in metode pomoči ter solidarnosti kot aktivni in zavestni integracijski procesi. S socialnim delom navadno mislimo samo poklicno opravljanje tega dela. V razmišljanju, kako poimenovati temeljno vedo o procesih pomoči in solidarnosti nasploh (vključujoč tudi neformalne oblike pomoči v družbi in tudi sam sistem socialnega varstva) pa predlaga ime, ki izvira iz grške besede *boetheia* (pomoč): *boetika*. V okviru te vede naj bi ohranili naziv socialno delo za strokovne oblike in metode pomoči. Torej: socialno delo kot praktična strokovna dejavnost *boetike*.

Hitro lahko vidimo, da opredelitev predmeta vede o pomoči poudarja posebnost socialnodelavskega diskurza. Procesni in metode pomoči in solidarnosti so namreč vedno v službi integracijskih procesov, tj., procesov, ki omogočajo socialno vključenost posameznika in skupin v širši socialni kontekst. Socialnodelavski diskurz prepoznamo po umestitvi strokovne pomoči med točki socialne izobčenosti, izključitve, marginalizacije, nezmožnosti vpliva... in socialne vključenosti, integracije, sodelovanja, možnosti vpliva... (STRITH 1993: 105).

Goode (1993: 42-48) opozarja na težavnost določanja, kdaj je lahko neki pojav prepoznan kot socialni problem. Z definiranjem socialnega problema kot objektivnega pojava predpostavljamo obstoj konkretne,

škodljive in ogrožujoče situacije oz. tovrstnega ravnanja. Socialni problem je v skladu z objektivnim izhodiščem vsako ravnanje ali stanje, ki povzroča smrt, bolezen, slabšanje kakovosti življenja v skupnosti ali zmanjševanje posameznikove zmožnosti obvladovanja življenja. Večja ko je stopnja škodljivosti in ogroženosti, pomembnejši je socialni problem. Določeno ravnanje ali stanje bi lahko ugotovili z metodo ocenjevanja objektivnih variabel in temu bi sledila primerna reakcija pristojne strokovne službe.

Socialni problem pa lahko poskušamo, kot predlaga isti avtor, definirati tudi z vidika subjektivnega doživljanja določenega ravnanja ali stanja. Ravnanje ali stanje opredelimo kot socialno problemska takrat, ko sta zaznana kot taka, ko ju kot problemska prepoznajo udeleženci v situaciji, ali pa ju kot problemska določijo. Situacija, ki jo opredelimo kot socialni problem, mora biti moteča, nezaželena, in obstajati mora želja po njeni razrešitvi ali enostavnem izginotju iz življenja udeležencev. Socialni problem ne obstaja kot nekaj konkretnega, ampak je proizveden skozi medčloveške odnose. Zato govorimo o konstrukciji socialnega problema. Socialni problem je tisto, kar ljudje kot tako prepoznajo. Če obstaja objektivno škodljiva situacija, ki ni prepoznana kot socialni problem, potem ne moremo govoriti o socialnem problemu. Obstoj konkretne škodljive situacije ni zadosten pogoj za definiranje socialnega problema, hkrati pa tudi ni nujen pogoj za obstoj socialnega problema.

Po subjektivni definiciji ni strokovnjak ali znanstvenik tisti, ki definira socialni problem, ampak je to prizadeti človek.

To je naslednja razločevalna poteza socialnodelavskega diskurza. Strokovno pomoč dobi človek, ki se je prepoznal kot človek v stiski. V primeru staršev, ki iščeta pomoč zaradi otrokovega drogiranja, sta v stiski prav starša, za otroka pa tega še ne moremo trditi. Pomoč je usmerjena v starševsko stisko, ki jo je treba kot tako definirati in otroka povabiti k reševanju stiske staršev. V nadaljnjem postopku se lahko zgodi (je zelo verjetno), da bo lahko tudi otrok opredelil svojo stisko. Vzpostavi se lahko nekakšno soglasje o »družinski« stiski, ki je lahko temelj za nadaljnje skupno reševanje.

Objektivna metoda definiranja socialnega problema razpolaga z merljivimi variablami škodljivosti in ogroženosti posameznikovega in družbenega življenja. V okviru subjektivne definicije socialnega problema pa so prav tako na voljo variable, ki jih lahko proučujemo kot konkretne pojave. Goode (*op. cit.*: 42-48) jih ob pojavu uživanja drog opredeli z naslednjimi odzivi javnosti. Prvič: uživanje drog povzroča v javnosti zaskrbljenost. To je opazno v zahtevah, naj država, policija, zdravstvo, sociala, cerkev... kaj storijo. Drugič: kriminalizacija ravnanj, povezanih z uživanjem (nekaterih) drog. Tretjič: javno mnenje ocenjuje uživanje drog kot zelo resen nacionalni problem. Četrtrič: v javnih občilih je uživanje drog hvaležna tema. Petič: institucionalna obravnava uživalcev drog prek policije, zaporov, psihiatrije, sociale, šolskih in vzgojnih programov, raziskovalnih ustanov in drugih. Torej lahko potrdimo, da je uživanje drog socialni problem. Po metodi objektivne definicije socialnega problema proučujemo variabli škodljivosti in ogroženosti, medtem ko konstruktivist v definiciji socialnega problema raziskuje občutja, izjave in dejanja ljudi v situaciji, v kateri se nahajajo.

Ravno pri obravnavi drogiranja se je treba zavedati razlik v objektivnem in subjektivnem pogledu na drogiranje. Na hitro in površno si lahko dovolimo trditi, da ni neposredne povezave med objektivno »škodljivostjo« posamezne droge in povzročene razburjenja zaradi uživanja te droge (primerjava števila smrti zaradi posledic kajenja in zaradi posledic uživanja heroina

se nam v Sloveniji kaže nekako v razmerju 1000 : 1).

PRAKTIČNO SOCIALNO DELO KOT RAZISKOVALNI PROJEKT

Vsaka strokovna socialnodelavska pomoč je samostojen projekt. Z drugimi podobnimi projekti ima lahko samo široka skupna izhodišča, nikakor pa ne sme izhajati iz statične tipologizacije socialnih stisk in njim primernih tipskih socialnodelavskih ravnanj. Socialnodelavski diskurz temelji na priznanju enkratnosti vsakega posameznika. Tipologija uporabnikov socialnodelavskih storitev je lahko smiselna toliko, da logično omeji polje načrtovanja strokovne pomoči.

Vstopiti kot strokovni delavec v proces pomoči z izdelano teorijo ni v nasprotju z instrumentalno definicijo problema, kot jo je predstavil Luessi (1990: 89-90:

[Z]načilnost sistemske metodike socialnega dela je konduktivni moment definicije problema v socialnem delu. Definicija problema [...] je v celoti instrument za ravnanje; zato govorimo o metodičnem principu instrumentalne definicije problema.

»Konduktivna« je, ker povezuje v celoto, če je le mogoče, vse za reševanje problema pomembne osebe [...] glede na skupno dojetje problema in skupno zamisel/koncept njegove rešitve.

Ko za problem pomembna oseba sprejme definicijo problema, se spremeni v osebo, ki je v rešitvi udeležena; saj ima definicija socialnega problema povsem operacionalni pečat; določa delne cilje in opravilne korake v reševanju problema in daje vsakemu udeležencu naloge ravnanja. Če se socialnemu delavcu posreči resnično instrumentalna, torej operacionalna in konduktivna definicija problema, je s tem ustvaril temelj sistemskega procesa njegovega reševanja, da, s tem je že storil dober del sistemske operacionalizirajočega dela.

Teorija je enostavno temelj, ki na podlagi instrumentalne definicije problema omogoči iskanje možnih rešitev v določeni

smeri. Teorija mora biti dovolj abstraktna, da lahko z njenim pojmovnim aparatom razumemo in interveniramo v vsej raznolikosti konkretnih socialnih stisk in težavah, in hkrati dovolj konkretna, da v njej najdemo smernice za ravnanje v problemski situaciji človeka, ki je v stiski »tukaj in zdaj«.

V teoriji učenja je reševanje problema posebna faza srečanja z nalogo. V tej fazi uporabimo vse svoje znanje in ga na bolj ali manj sistematičen način preskušamo, da bi rešili problem. Ko se nam to posreči, poskušamo naslednji problem rešiti na enak način. Če se nam posreči, lahko trdimo, da smo se naučili reševati določene naloge. V delu z ljudmi v stiski obstaja velika nevarnost, da se naučimo izvajanja pomoči in rutinsko opravljamo svoje poslanstvo. V institucijah, kot je npr. center za socialno delo, je mogoče s takim odnosom do »strank« brez večjih težav dočakati pokojnino. Tak tip strokovnega delavca skrbi zlasti zase in za svoj »duševni mir«, za potrebe človeka v stiski pa se ne zanima, če se po naključju ne prekrivajo z njegovim videnjem možne pomoči.

S postopki oblikovanja teorije (induktivna teorija) opredeli strokovni delavec širok pojmovni okvir, v katerem bo skupaj z udeleženi v problemu preverjal možnosti najoptimalnejših sprememb v odnosnem sistemu, ki peljejo k zmanjševanju socialne stiske.

V postopku definiranja problema, predvidenega končnega idealnega stanja odnosnega sistema, storjenega prvega koraka in ocene njegove učinkovitosti uporablja socialni delavec smernice akcijskega raziskovanja.

Z metodološkim postopkom študije primera pa bo poskušal kot znanstvenik preveriti veljavnost svojih teoretskih izhodišč, uspešnost in učinkovitost strokovne pomoči in medsebojno povezanost teorije in učinkovitosti pomoči.

Bouwkamp (1995: 23-24) predstavi strokovna ravnanja na podlagi dvodimenzionalne klasifikacije povezanosti-skrbi za druge in avtonomije-skrbi zase. Strokovno ravnanje, ki ga opredeli za najprimernejše in najbolj učinkovito, je tisto, v katerem socialni delavec skrbi zase in hkrati tudi za

človeka, ki pri njem išče pomoč. Pristop k človeku v stiski s pozicije »naučenega« strokovnega ravnanja degradira človeka v njegovi enkratnosti. Tudi odnosna in osebna stiska je manifestacija njegove osebnosti. Socialni delavci moramo ravno zaradi tega zavzeti strokovno pozicijo, iz katere je razviden instrumentalni pristop k izvajanju pomoči. Enakopravno sodelovanje človeka v stiski pri opredelitvi svojega lastnega problema, njegovega pomena in načinov reševanja je temelj načela instrumentalne definicije problema.

Pri delu z ljudmi s socialnimi stiskami in težavami je največkrat zelo težko hitro oceniti uspešnost strokovnega ravnanja. Socialne stiske odražajo delovanje odnosnega sistema, ki ni dovolj zadovoljujoče za njegove člane. Sprememba kot del procesa razvoja odnosnega sistema, ki pelje k bolj zadovoljujočemu delovanju, se mora vanj vrsti. V procesu spreminjanja bo odnosni sistem težil k temu, da se čim manj spremeni.

Težava ali morda celo »nemožnost« socialnega diskurza je v tem, da nam uspešna pomoč pri prvem, drugem, tretjem... podobnem primeru ne daje jamstva za uporabo enakih postopkov pomoči naslednjemu odnosnemu sistemu. Miselne redukcije možnih vzrokov in načinov popravila, ki si jo skozi svojo strokovno kariero pridobiva npr. avtomehaničar in jo s pridom uporablja za bolj učinkovito delo, si socialno delo ne more privoščiti.

Metodo študije primera lahko uporabljamo kot evalvacijsko metodo, s katero ocenimo korektnost in strokovno utemeljenost socialno delavskih ravnanj. Težava in hkrati izziv strokovnega socialnega dela leži v poskusu evalvacije uspešnosti procesa dajanja pomoči, ki je vedno znova enkraten, kot so enkratne človeške stiske, ki jih doživlja enkraten in neponovljiv posameznik. Povsem človeško je, da svoje videnje primernosti določene situacije ali odnosa ponujamo kot edino veljavno vsem ostalim. Težko pristanemo na dejstvo, da ima drugi drugačna merila. Zdravorazumski pogled ocenjuje uspešnost intervencije socialnega dela glede na to, kako se končno stanje ujema z zdravorazumsko »javno«

definicijo dobrega, zdravega, poštenega, koristnega... Zato je toliko pomembneje vztrajati pri cilju socialnodelavskega pojmovanja pomoči: transparentnost odnose situacije, stopnja sodelovanja udeleženih v problemu pri njegovem reševanju in socialna vključenost.

POMEN DELOVNE TEORIJE PRI DOLOČANJU CILJA STROKOVNEGA RAVNANJA

Prepoznati lastno delovno teorijo o vzroku socialnih stisk je pomembno za ohranjanje svoje strokovne (znanstvene) pozicije v ravnanju z odnosnim sistemom v stiski. V vsaki interakciji prezentiramo svoje videnje sveta. Strokovna interakcija pa se od vsakdanje razlikuje v strokovni namembnosti; v socialnem delu je to pomoč pri socialnem vključevanju članov odnosnega sistema. Brez izdelane in dorečene teorije ne bi vedeli, kaj kot strokovni delavci hočemo. Ljudje v stiski bi bili tisti, ki bi vodili proces »pomoči«, in ker so ga vodili že prej, je velika verjetnost, da se ne bi nič spremenilo.

Na tej točki pa se skriva naslednja velika nevarnost. Predmet vede socialnega dela je, kot pravi Mesec (*op. cit.*: 146):

univerzalni proces pomoči človeku v stiski na družbeni, interpersonalni in individualni ravni in metode pomoči. [...] Posameznik je v žarišču socialnega dela; kako bomo poskrbeli za njegovo stisko, ali bomo delali neposredno z njim, ali posredno z njegovim okoljem, je stvar strokovne metode. Ne smemo pa ga spustiti izpred oči.

Ta stavka, iztrgana iz konteksta, bi lahko površnega bralca napotila k sprejemanju socialnega delavca kot vsevednega strokovnjaka. Predpostavljata namreč, da obstaja pomoč kot taka in da lahko nekdo poskrbi za stisko, ki jo doživlja njegov bližnji (ponovno opozarjam, da sta stavka iztrgana iz širšega konteksta in da avtor niti po naključju ne razume pomoči in skrbi za stisko na način, s katerim nameravam postaviti pod vprašaj pojem pomoči).

Vprašani, kdo in kdaj potrebuje pomoč in do katere mere lahko odloča o tem, ali jo

bo sprejel ali ne, temelji tako na etičnem in moralnem videnju človeka (zdravorazumski pogled) kot tudi v »ekspertni« vsehvednosti znanstvenih ved.

Vprašanje pomoči, skrbi za drugega in ekspertno ravnanje pri delu z ljudmi, je Dragoš (1995: 32-33) zastavil takole:

Skrb [mišljena kot zaskrbljenost, stiska] je pri Heideggru prepoznana kot osrednja kategorija oziroma temeljni element v strukturi človekove eksistence. Mislim, da je tak poudarek pomemben zlasti za poklice, ki imajo neposredno opraviti z ljudmi, saj je prav razumetje skrbi lahko eden od samoomejitvenih načinov tehnične (veščinske) naravnosti teh poklicov. Če, na primer, pomoč konkretnemu človeku razumemo kot vprašanje izbire ustreznega tehničnega postopka, tj., ustreznega pred tem postavljeni diagnozi, potem navadno jemljemo skrb, tesnobo, strah, voljo, željo zgolj kot znak, kot spremljevalno okoliščino, ki opozarja na nekaj bolj temeljnega, kar naj bi tičalo nekje zadaj in kar je to skrb, strah, tesnobo itn. povzročilo. Seveda ekspert vidi svojo poklicanost v tem, da išče »nekaj nekje zadaj«, tisto zaresno, kar povzroča skrb, tesnobo in kar je nepoklicanim skrito. Ima pripomočke, da to najde, in vselej tudi »najde«. V nasprotju s temi se »humanistični« eksperti, ki uporabljajo »mehkejš« metode, sicer odpovedo poziciji Vsevednega in preformulirajo svojo vlogo zgolj v vodiča, ki klientu »le« pomaga, da on sam odkrije »zakaj gre«, da sam formulira ta »zakaj« in se sooči z njim – vendar je tak vodič še vedno vodič, ker je tisti, ki najbolj ve. V obeh primerih so skrb, strah, tesnoba, želja le pokazatelj, zgolj simptomi česa drugega, in obravnava teh stanj še vedno sodi v okvir simptomatike. Heidegger pa opozarja, da gre tu za nekaj več. Skrbi, strahu, tesnobe, želje, volje in podobnih razpoloženj ne jemlje kot simptome (nečesa), pač pa kot eksistencialite (strukture njegove eksistence). Od teh je skrb temeljni element, kar pomeni izvorni in izhodiščni konstituens mene samega kot tu-bitu.

Izvajanje pomoči v socialnem delu pomeni priznavanje avtentičnosti občutjem stiske. Šele ko je ta pravica človeku v stiski prizna-

na, lahko nadaljujemo s tehnikami pomoči (npr.: v skladu z instrumentalno definicijo problema uporabljamo tehnike animiranja, supporta, usmerjanja, pogajanja...).

Nevarnost, o kateri sem govoril, se skriva prav v ekspertnem določanju človeške stiske. To je nevarnost, da preslišimo in prezremo avtentično stisko posameznika in njegovih bližnjih. Ekspert se postavlja v položaj, iz katerega ocenjuje ne samo, kaj je lahko stiska in kaj ne, temveč tudi, kaj mora biti stiska (npr.: obravnava uporabnikov psihiatričnih uslug, uživalcev drog...). In če človek ne razume, da je v stiski, ga bomo pač »stiskali«, dokler ne bo razumel... Bolj ko je določena institucija »totalna«, večji mojstri so njeni eksperti pri iskanju »materiala«, ki bo potreben njihove pomoči. Človek v stiski, ki se bo srečal s takim ekspertom, nima možnosti predstaviti svoje »avtentične« stiske. Ekspert bo v enem od delčkov njegovega vsakdanjega življenja prepoznal »totalizirajoči« simptom, ki določa njegovo stisko. Ne bo ga motilo, da človek v stiski zavrača njegovo interpretacijo. Še več, to bo samo kronski dokaz, da se kot ekspert ne moti.

Pomoč pri socialni vključenosti ljudi s posebnimi potrebami, ljudi z »one strani«, pa ne moremo ocenjevati s takimi merili. Merila sicer morajo vsebovati elemente zakonsko veljavnih norm (npr. javnega reda in miru), vprašanje pa je z merili obče morale (npr. promiskuiteta, homoseksualnost, namerna nezaposlenost, potepuštvu, drogiranje, čudno oblačenje, sodelovanje v verskih sektah...). Discipliniranje in normalizacija vsekakor nista prednostni nalogi socialnega dela. Pomoči človeku, ki je v stiski zaradi transgresije »nepisanih« družbenih pravil, ne moremo zvesti na enostavne postopke normalizacije in discipliniranja. Strokovna socialnodelavska pomoč je v zagotavljanju razvidnosti (transparentnosti) posameznikovega položaja v družbi in v skladu s razvidnostjo situacije pomoč temu človeku pri zagotavljanju kar največje stopnje socialne integracije. Posameznik se bo v skladu z videnjem svojega položaja v družbenem sam odločil, ali bo in koliko bo spremenil svoja ravnanja.

Socialno vključenost posameznika razu-

mem kot določeno stopnjo gotovosti o tem, na koga se lahko v stiski obrne. Socialno »vključeni« posameznik lahko občuti tudi zelo intenzivno doživete stiske, vendar svoje bližnje prepozna kot pomembne osebe, ki mu lahko pomagajo pri soočanju s stisko in njenem razreševanju. Ima tudi dovolj socialnih, odnosnih »znanj«, da te bližnje animira za reševanje lastne oz. odnosne stiske. Socialne stiske so zanj vir bolj ali manj neznosnih občutij, vendar kljub temu ve (ali vsaj slutiti), da si lahko v sodelovanju s svojimi bližnjimi pomaga.

Del socialnega konteksta, ki ga posameznik uporablja pri reševanju lastne stiske, so lahko tudi različne institucije – zdravstveni domovi, policija, sodišče, banke, različne zakonske in družinske posvetovalnice, centri za socialno delo... Ko se človek v stiski, glede na naravo te stiske, smotrno obrača na te institucije z zahtevo, da mu pomagajo, je to samo dokaz več, da je »primerno« socialno integriran. Človek pa, ki nima dovolj »odnosnih znanj«, bo od svojih bližnjih in od omenjenih institucij pričakoval nemogoče. Zato bi bilo tako pomembno, da bi institucije v okviru svoje »totalnosti« ustvarile nekaj praznega prostora za človeško srečanje s temi posamezniki in jim pomagale pri definiranju njihovih stisk. Na centrih za socialno delo v Sloveniji se v zadnjem času poglobljeno ukvarjajo prav z uvajanjem tako imenovane prve socialne pomoči, ki, poenostavljeno povedano, pomeni prav definiranje socialne stiske z vidika njene vpetosti v socialni kontekst in prepoznavanja za reševanje stiske pomembnih drugih (posameznikov in institucij) v tem kontekstu.

IZHODIŠČA ZA SOCIALNODELAVSKO OBRAVNAVO DROGIRANJA

Za uspešno strokovno delo z uživalci drog in njihovimi bližnjimi je treba imeti razčiščena temeljna osebna in strokovna vprašanja v zvezi z uživanjem drog. Jasna delovna teorija drogiranja (podvržena vsakodnevnemu preverjanju ob srečevanjih z uživalci drog in njihovimi bližnjimi), ki jo strokovni delavec uporablja kot smerokaz pri delu z

uživalcem in njegovimi bližnjimi, naj bi zadovoljila naslednje pogoje (Peele 1985: 72):

- upošteva naj farmakološke, izkustvene, kulturološke, situacijske in osebnostne komponente drogiranja pri opisovanju »odvisniškega« vedenja;
- pojasni, zakaj so nekatere droge bolj »zasvajajoče« v nekaterih okoljih, za določene posameznike, v določenih življenjskih razdobjih...);
- pojasni za drogiranje opredeljujočo podobnost občutij, ki je opažena pri vseh ravnanjih, ki jih doživljamo kot kompulzivna;
- pojasni, kako »odvisniško« vedenje preplavi »normalne« oblike življenja

Sam bi dodal, da je nujno upoštevati tudi izkazano zmožnost mnogih, da sami prenehajo jemati droge.¹

Prikaz razdelane delovne teorije drogiranja je lahko tema novega članka. V tem članku pa bi želel poudariti samo nekaj temeljnih razlik med koncepti, povezanimi z drogiranjem, ki so skladni s splošnimi metodičnimi načeli in ravnanji v socialnem delu, in tistimi koncepti, s katerimi si socialni delavec sam onemogoči učinkovito strokovno pomoč ljudem, ki so v stiski zaradi drogiranja.

DIAGNOZA

Kot prvega od teh ponujam v razmislek koncept diagnoze (gr. iz *dia-* v zloženkah: pre-, raz-..., *gnosis* spoznanje).

Socialno delo mora biti pragmatična dejavnost. Izhajati mora iz optimizacije sprememb odnosnega sistema. Ukvarja se s položajem »tukaj in zdaj« odnosnega sistema, katerega član uživa drogo. V odnosni strukturi in odnosni ekonomiji išče potencialne, ki lahko optimalno (nikakor ne idealno) razrešijo odnosno stisko, ki je povezana (tudi) z uživanjem drog. Smoter strokovnega dela tako ni enoznačno opredeljen (abstinenca, na primer, je samo ena od možnosti razrešitve problemske situacije). Končni smoter je opredeljen v diskurzu socialnega dela kot socialna vključenost.

Zelo redki so primeri, ko se pri strokovnem delavcu oglasi uživalec drog in navede

kot razlog prihoda težave z uživanjem droge. Navadno navaja težave v zvezi s tistim, kar Luessi (po Stritih 1993: 116) opredeli kot temeljne predmete socialnega dela – namestitvev, prehrana, uporabni predmeti, denar, zaposlitev, vzgoja, varstvo in človeški odnosi s soljudmi.

Ko stranka navede razlog svojega prihoda, še ni »diagnosticirana«. Ljudje težko sprejemamo konkretnost, ki ni klasificirana v neki abstrakten pojem. Ko pojav, dejanje ali osebo prepoznamo kot določen tip, se obnašamo bolj suvereno in odločno. To ni nič nenavadnega, če vemo, da je proces socializacije in inkulturacije v bistvu učenje socialnih vlog. Pojav, ki ga ne moremo na hitro umestiti v eno od priznanih kategorij, nas vsaj zbega, če že ne prestraši ali odvrne. Da bi to negotovost zmanjšali, poskušamo na vsak način umestiti določen pojav v eno od tipskih oblik. Diagnosticiranje v prvem pogovoru (ali pogosto celo pred njim!) je zelo samovšečno in predvsem nepotrebno ravnanje. Kot pravita De Vries in Bouwkamp, je diagnoza procesno dejanje in sploh ni treba, da jo postavimo pred začetkom obravnave. Kot najboljšega od načinov za to, da zremo, kaj je težava človeka v stiski in njegovih bližnjih, predlagata reševanje prijavnega problema (de Vries, Bouwkamp 1995: 160).

Miller (v Macdonald, Patterson 1991: 137-138) prepozna kot eno od velikih ovir pri motiviranju uživalcev drog za spremembo prav samo dejanje diagnoze. Strokovni delavci težimo k temu, da človek v stiski sprejme našo strokovno oznako svojega stanja. Pripravljeni smo ga razumeti, mu pomagati, se boriti za njega in z njim, samo če nam prizna, da je zasvojen. Karikirana oblika tega razpoznavnega dejanja so predstavljanja pri srečevanju Anonimnih alkoholikov: »Dober dan, jaz sem Peter, sem alkoholik...« Vendar se tam srečujejo ljudje, ki so skozi celo vrsto življenjskih izkušenj ugotovili, da potrebujejo specifično pomoč. Drug drugemu so jo pripravljene in sposobne dajati ob sprejemanju skupnih izhodišč. Zato ima te vrste avtodiagnoza ugoden »terapevtski« učinek. Tudi vztrajanje pri postavljeni »diagnozi« v terapevtskih skupnostih ima svoj terapevtski učinek.

Velika večina ljudi, ki prihajajo v stik s strokovnimi delavci na centrih za socialno delo in so v stiski zaradi dogiranja, ne more z gotovostjo reči, kaj je njihov problem, kaj si želijo na daljši rok in kaj pričakujejo. Vedo samo to, da nekaj ni v redu, da tako ne želijo živeti in da jim morda lahko kdo pomaga. Priznanje človeka v stiski, da je zasvojen, nima nobene praktične teže, če ni to posledica razvidnosti dogajanja v njegovem odnosnem sistemu. Znotraj problemskega sistema lahko diagnoza oz. v tem primeru kar stigma (gr. *stigma*, *stigmatos* vbod, pega; vtisnjeno ali vžgano znamenje, žig, npr. v antiki na sužnjem telesu) prepreči nujno sodelovanje vseh pomembnih članov sistema pri instrumentalni definiciji odnosnega problema in preobrazbi problemskega sistema v sistem reševanja problema (prim. Luessi, *op. cit.*: 84). Postavljena diagnoza deluje kot samoizpolnjujoča se prerokba. Iz izkušenj lahko tudi povem, da nekorektno postavljena diagnoza marsikomu, ki je v stiski, onemogoči reševanje resnične stiske. Drogiranje kot oblika simptomatskega vedenja (prim. *Izkustvena družinska terapija*, 1995: 147) oz. nadomestnega vedenja (prim. de Vries, Bouwkamp, *op. cit.*: 27-35), lahko uspešno zakrije avtentično odnosno stisko. Vztrajanje pri obravnavi izključno drogiranja je lahko zato za ljudi v stiski samo izguba časa. Seveda pa je treba videti drogiranje kot vedenje, ki moteče vpliva na proces pomoči. Iz tega zornega kota in z vztrajanjem pri strukturiranju drogiranja na ta način, da bo strokovno delo mogoče, je ne samo mogoče, temveč zelo verjetno, da se bo kmalu pokazal avtentični vzrok odnosne stiske. Drogiranje je lahko del vzroka te stiske, ni pa to nujno.

Strah pred nekorektnostjo strokovnega ravnanja, ki temelji v »zdravem razumu« (v posmehljivem pomenu besede) in se utemeljuje z bojznijo, da bomo morda kakšnega zasvojenca spustili skozi obravnavo, ne da bi mu povedali, kar mu gre, je samo dokaz nekorektnosti strokovne obravnave. Vsakdo nas lahko prevara, toda če vztrajamo pri socialnodelavskih metodičnih izhodiščih, ta možnost sploh ne obstaja. V skladu z instrumentalno definicijo proble-

ma je mogoče »prevarati« samo sebe (seveda ob vztrajanju socialnega delavca na strokovnih temeljih in nepopustljivosti pri procesu definiranja problema). Kazen za »prevaro« je vrnitev v »izhodiščno stisko«. In to je s strokovnega vidika naslednji korak v procesu prepoznavanja svojega položaja v odnosnem sistemu.

Nevarnost, da bi pacienta s sugestijo zvedli na napačno pot, s tem, ko bi ga »prepričali« o stvareh, ki jih sami verjamemo, on pa jih ne bi hotel sprejeti, je prav gotovo neizmereno pretirana. Analitik se je moral vesti zelo nekorektno, če se mu je pripetila takšna nesreča; predvsem si lahko očita, da pacientu ni pustil do besede. (Freud 1996: 213).

Torej: če smo spregledali, da se kdo drogira, pa vztrajamo pri drugih pomembnih vidikih njegovega življenja (npr. šolanju, zaslužku, starševstvu...), potem nas bo sam kmalu opozoril na to, da se mu v določeni točki izvajanja načrtov vedno znova prikrade neko ravnanje, ki jih poruši. In nasprotno: če vidimo, da je njegov problem zlasti v drogiranju, pa tega sam ni (še) zmožen prepoznati, moramo vztrajati pri instrumentalni definiciji problema in slej ko prej bo človek v stiski opazil tudi drogiranje kot del svoje stiske. Korektno strokovno socialno delavsko ravnanje bo v obeh primerih pripeljalo človeka v stiski do podobne ugotovitve – drogiranje je tudi del stiske.

LAGANJE IN ZANIKANJE

Z ljudmi v stiski ni smiselno razglabljati o resničnosti njihovih izjav zaradi resnice same. Resnica kot življenska izkušnja je tako ali tako konstrukt, s katerim si človek postavi okvir, ki osmišlja njegovo ravnanje in doživljanje. Vztrajam, da ljudje v stiski sami raziščejo skladnost svojih izjav s svojo subjektivno resničnostjo, ki je še niso pripravljeni podeliti z drugimi. Ne dovolim jim izrekati obljub, ki jih ni mogoče preveriti (npr., ali se bo v prihodnjem tednu drogiral ali ne). Vedno pa se dogovoriva, da se bo poskušal držati dogovorjenega, naslednjič pa se bova pogovarjala o tem, ali mu je to

uspelo ali ne. Pogovor usmerjam zlasti v razumevanje človekove stiske, resničnost lastnih izjav pozna vsak sam. Izkušnje mi kažejo, da mi v prvih nekaj razgovorih veliko ljudi »laže« — podaja neresnične informacije —, ko pa ugotovijo, da jim to niti ne koristi niti ne škodi najinemu odnosu, nehajo. Ker jim s »tolerantnostjo« zagotavljam relativno varen »prostor jaza«, v katerem lahko sami raziskujejo svoje odzive na odnosne stiske, se hitro usmerijo v iskanje primernejših ravnanj za odpravo odnosne stiske. Zagotovitev podatkov, ki jih na CSD potrebujemo za strokovno delo in morajo biti v skladu z stvarnim stanjem, pa so stvar različnih evidenc (evidence o stalnem bivališču, zdravniška potrdila itn.) in niso predmet svetovalnih razgovorov. Nihče si ni s podajanjem neresničnih izjav v svetovalnem procesu pridobil nobene koristi, zato se mi zdi nesmiselno, da bi vložil v raziskovanje resničnosti izjav preveč energije. Jasno je, da na očitno izrečeno neresnico odreagiram. Na tiste drobne laži, ki v bistvu kažejo na stisko človeka in s katerimi poskuša definirati željeno stanje odnosnega sistema, pa se odzovem s tem, da človeku v stiski ponudim, da še enkrat razišče svoje videnje situacije. Če kdo trdi, da lahko abstiniira, kakor dolgo hoče, ga povabim, da se želim naslednjič z njim pogovarjati o občutjih, ki jih bo zaznal pri sebi, če bo v naslednjem tednu kaj spil. Torej ga ne pozivam k abstinenci, ker bova padla v igro, kdo bo koga prepričal (resnica o pitju ne bo več pomembna, pomembno bo, ali me bo prepričal, da ne pije), ampak ga prek raziskovanja njegovih občutij vabim, da prepozna svoja ravnanja. Pozornost tako prenesem iz odnosa med človekom v stiski in menoj v dogajanje znotraj njegovega »izvirnega« odnosnega sistema. V skladu s konduktivno definicijo problema torej dovoljujem, da človek v stiski sam poskuša definirati problem in v okviru te definicije že poskuša iskati načine razrešitve. Ljudje hitro uvidijo, da pri definiciji problema, ki izhaja iz neavtentičnih predpostavk, nastopijo težave pri njegovem reševanju. Če jim pustim oziroma samo pomagam, da pridejo sami do te ugotovitve, potem hitro prenehajo prikrivati resnico (vsaj sebi).

Kot pravi Fuchtmann (po Stritih 1992: 143), se v primeru neposrednega odpiranja vprašanj o zasvojenosti nujno zapletemo v laži. Sistemi lažnih znakov vodijo oba, človeka v stiski in strokovnjaka, v zaprt krog. Iskanje objektivne resnice zaradi resnice same je pri obravnavi človeške stiske nesmiselno. Subjektivnost doživljanja resničnosti zahteva osebno in odnosno raziskovanje in definiranje resničnosti pri vsakem članu odnosnega sistema. Strokovni delavec, ki pomaga v tem procesu, je, kot zatrjuje Fuchtmann, upravičen do postavljanja samo »takih zahtev, ki kliente zmerom znova vržejo nazaj, da pristane pri samem sebi«.

Dokazovati človeku v stiski, da laže, je dejanje, za katerega bi lahko uporabil naslednji Hribarjev zapis: »Ko hočemo laž spraviti s sveta laži, se nam zato beseda spreminja v proti laž. Kajti z besedami, četudi ne želimo in nočemo lagati, resnice ne sestavljamo, marveč jo trgamo narazen« (Hribar 1990: 216-217).

Laž je smotrna, ker poskuša človek z izjavo laži ohraniti svojo osebno integriteto. Z njo si poskuša zagotoviti tisti »za jaz varen« prostor, ki mu bo omogočil nadaljnji razmislek. Če zasluti, da je ta varen prostor ogrožen, bo okrepil obrambo prostora, se zatekal v nove in nove laži in v končni fazi lahko celo izgubil stik z resničnim dogajanjem. Laž je poskus, ohraniti kontrolo nad dogajanjem v odnosnem sistemu in hitrostjo sprememb v tem sistemu. Zanikanje in laganje sta lahko predmeta odnosne refleksije, nikakor pa ne predmeta objektivnega ugotavljanja skladnosti izjav z dejanskim stanjem.

Kot človek imam pravico, da vedno znova odreagiram na izrečeno laž, kot strokovni delavec pa moram laž videti tudi v zgoraj omenjenem kontekstu. Ko človeka v stiski prepričam v neresničnost (lažnivost) njegovih izjav, prevzamem del odgovornosti za njegovo odločitev — to pa je ravno tisto, kar si človek v stiski, nosilec simptoma (simptoma kot življenske izgube, prim. de Vries, Bouwkamp, *op. cit.*: 34), želi. S tem pa si zapre velik del možnosti za dinamično rešitev svoje odnosne stiske.

Mnogi praktiki strokovnega dela z uživalci drog ugotavljajo, da sta zanikanje in

laganje njihove lastnosti. Ne vedo sicer natančno, ali je laganje posledica drogiranja ali pa je drogiranje posledica njihovega temeljnega odnosa do drugega, ki je lažniv. Pri delu z uživalci zahtevajo odločno konfrontacijo, vztrajanje pri argumentaciji in zahtevajo, da se razčisti, kaj je resnica.

Miller (v Macdonald, Patterson, *op. cit.*: 137-138) pa v laganju in zanikanju prepozna odnosni vedenjski vzorec, ki ga izzove strokovni delavec. Odnosna situacija, ki jo lahko strokovni delavci s svojimi nemogočimi zahtevami — govori resnico in hkrati tisto, kar hočem slišati — tako hitro ustvarimo, sili človeka v stiski, da se zateče v laž in zanikanje. Samo tako lahko vsaj na zunaj zadovolji naše zahteve. Silimo ga v nemogočo izbiro, s čemer dosežemo eno od dveh možnosti. Prva je, da se v položaju nemogoče izbire zave, da strokovni delavci kljub vsemu nismo »vsemogočni« in se zato lahko umakne, zbeži, se ne vrne več, ne sodeluje, skratka, strokovno delo z njim je pretrgano. Druga možnost, o kateri sanjarijo vsi strokovni delavci, ki »zdravijo s karizmo«, pa je, da se v situaciji nemogoče izbire človek v stiski zlomi. Tak človek nato »prostovoljno« razreši to nemogočo situacijo s podelitvijo avtoritete strokovnemu delavcu. V popolnosti se mu podredi in sledi njegovemu vodenju v boljšo prihodnost. O avtentičnosti reševanja stiske (in tudi same stiske) človeka, ki se je obrnil po pomoč, ni več sledu.

Opozoriti je treba na razlikovanje med dvema situacijama nemogoče izbire. V prvo zaide uživalec drog zaradi zahtev svojih bližnjih, da jih prizna kot pomembne in avtonomne, z njihovimi zahtevami, življenjskimi vizijami in željami. Strokovno delo v tej situaciji je usmerjeno prav v usposabljanje bližnjih, da izrazijo svoje zahteve, da si izborijo svojo avtonomijo v odnosu z uživalcem drog in mu hkrati omogočajo varen »prostor jaza«, da bo te zahteve prepoznal kot legitimne, o njih razmislil in se odločil v skladu s svojimi življenjskimi vizijami. Vendar ni mogoče ostati pri istem vzorcu drogiranja in pristati na odnosne spremembe (spremembe v strukturi in hierarhiji, spremembe v možnosti vpliva na dogajanje, spremembe v stopnji vključenosti v življenje ostalih...). Kot rečeno, se

lahko iz te situacije umakne in poustvari podobno odnosno situacijo z drugimi, ali pa se podredi »avtoriteti« drugega in spremeni svoj vzorec drogiranja — sam s pomočjo svojih bližnjih ali s strokovno pomočjo.

Drugo obliko situacije nemogoče izbire pa mu lahko v strokovnem procesu pomoči izdelata strokovni delavec na podlagi kvazi strokovnih izhodišč. Že omenjena dilema — govori resnico in hkrati tisto, kar želim slišati — je verjetno nekakšen prototip teh situacij. Zahteva, postavljena kmalu po ugotovitvi, da se človek v stiski drogira, naj priseže, da se ne bo več drogiral, ker to škodi njegovemu zdravju, kvari družinske odnose..., je, blago rečeno, prisiljevanje k laganju. Umik iz procesa strokovne pomoči kot posledica nemogočih zahtev je pri tem načinu strokovnega dela pogost in potrjuje vnaprej oblikovano mnenje, da so uživalci drog neiskreni, da se z njimi ne da delati, da so manipulatorski in podobno. V resnici pa ta pojasnjevanja samo prikrivajo nestrokovnost pristopa k človeku, ki je v stiski, morda tudi zaradi drogiranja. Če pa se človek v stiski ne umakne in pristane npr. na vključitev v hospitalno zdravljenje, pripišemo strokovni delavci ta uspeh sebi — posrečilo se mi je, da sem ga prisilil. Vedno znova pa spregledamo, da se je človek prostovoljno podredil naši avtoriteti, v kar ga je prisilila situacija nemogoče izbire v njegovem odnosnem sistemu. Imeli smo pač srečo, da je bila tista situacija res že tako nemogoča, da se nam je prepustil. Pripisujemo si strokovni uspeh, pozabljamo pa, da smo pri celi vrsti uživalcev drog, ki smo jih »pregnali« iz procesa pomoči, zgrešili trenutek, ko bi lahko pomagali njegovemu odnosnem sistemu, da bi čimhitreje ustvaril »domačo« situacijo nemogoče izbire.

OSEBNOSTNE LASTNOSTI IN INDIVIDUALNA ODGOVORNOST

Število knjig in člankov, ki se ukvarjajo z osebnostnimi lastnostmi uživalcev drog, je neznansko veliko. Iz njih je razbrati zlasti metodološke težave pri raziskovanju. Ali so tisti, ki poiščejo pomoč zaradi drogiranja in so tudi pripravljeni sodelovati v raziska-

vah, reprezentivni za vse, ki se drogirajo? In kako je s predstavniki nas ostalih, ki se ne drogiramo? Goode, Peele, Macdonald in Patterson so v svojih knjigah predstavili obširen pregled svojih raziskav in raziskav drugih avtorjev in njihove rezultate. Skupna točka vseh teh raziskav je prav različnost njihovih rezultatov. To je tudi razumljivo, saj so mnogi raziskovalci poskušali najti neko enotno značilnost pri ljudeh, ki se drogirajo. To značilnost so iskali na področju patološkega, deviantnega, a-socialnega, skratka, izključujočega. Pozabili pa so, da je drogiranje vpleteno v zahodno civilizacijo (za druge kulture tega ne bom trdil, ker jih ne poznam dovolj, domnevam pa, da je tudi pri njih podobno). Kajenje in pitje alkohola sta skoraj iniciacijski ravnanji. Socializacija in inkulturacija se vršita tudi okoli praks drogiranja. Če se ne drogiramo, vsaj govorimo o tem, če ne govorimo, se vsaj bojimo ali pozivamo v boj. Na različne načine poskušamo uskladiti svoje videnje smotrnosti bivanja z drogiranjem. Določena drogiranja prevzemamo kot smiselna in koristna, drugih se izogibamo in jih dojemamo kot družbeno razkrajajoča. Da bi osmislili ravnanje tistih, ki se drogirajo (ki so drugačni), ustvarjamo mite o njihovi nesprejemljivi različnosti in jih prenašamo naprej. Drogiranje kot oblika transgresije vedenja je postalo institucija, ki se umešča med zasebno in javno. Zasebno (lastno) drogiranje zagovarjamo, nad javnim se zgražamo.

Skupen rezultat vseh raziskav je ugotovitev, da je človek v svoji enkratnosti in neponovljivosti ne-normalen. Povprečnega, normalnega človeka ni. Oblike in načini drogiranja se umeščajo v to njegovo ne-normalnost. Kot socialna bitja pa sprejemamo definicije normalnosti posameznika na podlagi kriterija vključenosti v socialno skupino. In spet smo na spolzkem terenu. Kako vedeti, do kod je drogiranje socialno integrativno in kdaj postane drogiranje ravnanje, ki mu sledi izobčenje, socialna izključenost, marginalizacija? Priznati si je treba, da je mogoče družbeni pojav drogiranja obravnavati vedno samo v konkretni odnosni situaciji. Vedno znova je treba tudi razumeti, da alkoholiki in narkomani ne

obstajajo. Obstajajo pa ljudje, ki pijejo in se drogirajo na tak način, da njihove bližnje to moti.

Socialnodelavski diskurz ne omejuje strokovne pomoči na ljudi z določeno osebnostno strukturo. Predpostavlja pa individualno odgovornost ljudi v stiski, ki iščejo socialnodelavsko pomoč. Včasih je težko pristati na to, da je uživalec drog odgovoren za svoje vedenje. Njegovi bližnji me velikokrat prepričujejo, da mu je treba odvzeti opravilno sposobnost in ga zapreti v norišnico. Opisi njegovega vedenja kažejo na to, da se obnaša popolnoma »neodgovorno«, ne hodi v šolo ali službo, ne varčuje, spi podnevi, nezdravo je, ne uboga.... Vendar je njegovo vedenje kljub »nezreli« obliki smotrnno. Vsak dan je, spi, se zabava, se jezi in trpi, vendar ohranja nadzor nad dogajanjem okoli sebe. Ljudje v stiski so njegovi bližnji in socialni delavec jih mora kot take obravnavati. K definiranju odnosnega problema je povabljen tudi uživalec. Če se ne pridruži, se odnosni sistem spreminja v skladu s prepoznanim problemom. To pa nikakor ni drogiranje samo po sebi, temveč dejstvo, da za uživalca drog nekdo (tisti drugi, ki sodeluje v procesu reševanja socialne stiske) plačuje življenjske stroške, da nekdo ne more mirno spati... Ko se uživalec bližnje usposobi, da se zmorejo postaviti zase, tedaj se bo uživalec ali umaknil ali pa spremenil svoj način drogiranja in s njim povezano vedenje (lahko bo tudi prenehal). Uživalec se lahko tudi naknadno pridruži skupnemu reševanju socialne stiske in bo skupaj z bližnjimi iskal rešitev za njihovo in svojo stisko. V odločitvi, da bo sodeloval ali da ne bo, da se bo umaknil ali vztrajal, je treba videti njegov način izvrševanja lastnih zamisli. Je popolnoma odgovoren za svoje odločitve, čeprav to ostalim niso všeč².

CENTRI ZA SOCIALNO DELO IN OBRAVNAVA DROGIRANJA

V Sloveniji je razmeroma veliko različnih oblik strokovnega dela z uživalci drog. Veliko je različnih preventivnih programov. Z vključitvijo v zdravljenje tudi ni večjih težav. Seveda za tiste, ki to želijo.

Centri za socialno delo so razporejeni po vsej Sloveniji in jih lahko imamo za strokovni in pravno formalni okvir pomoči uživalcem drog in njihovim bližnjim. V nobenem členu pozitivne zakonodaje ni zapisano, da se CSD ne sme ukvarjati s pomočjo uživalcem in njihovim bližnjim. Res pa je, da je kar nekaj CSD po Sloveniji, v katerih se tovrstne pomoči branijo, in sicer zato, ker kratko malo ne verjamejo, da lahko pomagajo. V drogiranju vidijo neki zelo specifičen pojav, za katerega mora biti strokovni delavec dodatno izobražen. Uživalec je temna kreatura, katere nakane so jim nedoumljive. Nikakor ne sprejme njihovega videnja, kaj je zanj najboljše. Ugotavljajo, da je lažniv, manipulantski, neresen, bolan...

Res je, da je vsako dodatno znanje, ki ga imamo o drogiranju, koristno in se je zato koristno dodatno izobraževati. Res pa je tudi, da nam metodična načela socialnega dela (prim. Luessi, *op. cit.*) dajejo dovolj znanja in moči, da lahko pomagamo človeku v stiski. Tudi če je v stiski zaradi drogiranja (lastnega ali kakšnega svojega bližnjega).

Verjetno ne bo nikoli nobene socialnodelavske institucije, ki bo tako pogosto posejana po Sloveniji, kot so centri za socialno delo. Kakor zdravstvene ambulante strežejo reševanju zdravstvenih težav na določenem terenu, tako morajo tudi centri streči reševanju socialnih stisk na svojem terenu. In drogiranje je velikokrat del socialnih stisk. Škoda bi bilo zavreči tako razvejano mrežo strokovnih delavcev, ki bi lahko z majhnim dodatnim izobraževanjem (zlasti v smeri detabuiziranja, demistifikacije itn. drogiranja) uspešno pomagali uživalcem drog in njihovim bližnjim. To ne pomeni, da bi poskušali prevzeti vse oblike pomoči, zdravljenja in vzdrževalnih programov na svoja ramena. Pomeni pa, da bi lahko centri za socialno delo v obravnavi drogiranja zasedli mesto (skoraj) »ne-totalne« institucije. Človek, ki se drogira, z vstopom v proces pomoči ne bi bil stigmatiziran, ohranil bi lahko svoj odločujoč položaj v postopkih definiranja stiske in načrtovanja nadaljnje pomoči. Vendar pa je vse to mogoče samo ob doslednem pristajanju na socialnodelavskih izhodiščih.

STROKOVNI CILJI PRI DELU NA CSD Z LJUDMI, KATERIH STISKA JE POVEZANA Z DROGIRANJEM

Centri za socialno delo morajo biti zavezani »nizkopražnemu« pristopu. Instrumentalna definicija problema je tisto strokovno izhodišče, ki od socialnih delavcev to zahteva. Jasno pa je, da ne smemo biti izključujoči do »visokopražnih« oblik pomoči. Zavedati se moramo že omejenega dejstva, da se samo 2-5% zasvojenec vključi v »visokopražne« programe pomoči (Herwig-Lepmpp 1992: 92).

Socialnodelavski pristop k obravnavi stisk teh uživalcev in njihovih bližnjih lahko zagotovi vsaj naslednje:

- prepreči se lahko stigmatizacija in z njo povezane težave uživalca (sekundarna preventiva);
- zagotovi se lahko, da bo uživalec »dočakal svoje dozoretje« v čimboljši osebnostni in odnosni »kondiciji«;
- s prevzemanjem odgovornosti za svoja dejanja in svoje življenje nasploh se lahko skrajša čas, potreben za »dozoretje«;
- uživalec se lahko nauči strukturirati svoje drogiranje, tako da bo kljub drogiranju lahko živel »normalno«.

SMERNICE ZA PRAKTIČNO DELO NA CSD

1. Socialni delavec mora vztrajati pri instrumentalni definiciji problema. Pozornost mora posvetiti njegovemu konduktivnemu (za nadaljnji potek dela usmerjevalnemu) momentu.

2. Zagotoviti je treba varen prostor jaza, v katerem bodo lahko uživalec in njegovi bližnji raziskovali svoje življenje in stisko, kjer bodo pripravljene tvegati spremembe in kjer jih bodo poskušali udejaniti v vsakdanjem življenju.

3. Socialni delavec naj se ne obremenjuje s pravilno »diagnozo«, vztraja naj pri instrumentalni definiciji problema pri razumevanju reševanja socialne stiske kot procesa (prim. de Vries, Bouwkamp, *op. cit.*: 162).

4. Pragmatično spodbujanje socialne integracije

4.1. Iz kaotičnega, neurejenega, »odvis-

niškega« načina drogiranja se poskuša v dogovoru z uživalcem doseči strukturirano drogiranje. Namen strukturiranja drogiranja je v tem, da uživalec drog spozna, da je uživanje lahko pod njegovim nadzorom. Samega sebe lahko ponovno prepozna kot tistega, ki lahko odloča o sebi. Idealni izid nadzora nad drogiranjem je lahko abstinenca.

4.1.1. Časovno (npr. samo čez vikend, samo zvečer...).

4.1.2. Prostorsko (npr. samo doma, samo na določenem kraju...).

4.1.3. Glede na drogo (npr. samo metadon, samo travo, čim varnejše oblike drogiranja...).

4.1.4. Količina (npr. liter vina namesto dveh...).

4.1.5. Postopnost strukturiranja (ta mesec vsak drugi dan, potem vsak tretji...).

4.2. Zastavljanje uresničljivih ciljev (npr. pisanje prošenj za sprejem v delovno razmerje je uresničljiv cilj, zaposlitev pa je lahko v določenem trenutku samo pobožna želja; opravljanje šolskih obveznosti prek izpitov je lahko uresničljivo, redno obiskovanje šole pa ne...).

4.3. »Osvetljevanje« dogajanja in doživljanja ob uresničevanju zadanih ciljev.

4.4. Funkcionalizacija obstoječe socialne mreže (družine, šole, soseske...) oz. pomoč pri njeni vzpostavitvi (skupine za samopomoč ali druge interesne skupine...).

4.4.1. Pomembno je, da v socialni mreži

najdemo vsaj enega posameznika, ki je pripravljen spremeniti svoj odnosni položaj.

4.4.2. Enakopravnost vseh udeleženih v obravnavi. Vsakega sodelujočega v obravnavi je treba jemati resno. Razlog za obravnavo še ni razlog, da bi uživalca jemali manj resno kot njegove bližnje (ali narobe).

4.4.3. De-dramatiziranje uživanja drog. Pozornost je treba usmeriti na tisto, kar je motečega v odnosu (npr.: »Uživanje drog ni problem sam po sebi, to, da se ne morem pogovarjati s teboj, ko si pijan, zadet, da ti ne morem zaupati varstvo otroka..., pa je. Ni problem, da mi razlagaš, kako mi drogiranje škodi, težava je v tem, da me ne slišiš, kaj bi ti rad povedal.«

4.5. Vztrajanje pri odgovornosti za svoja dejanja. To pomeni, da je vse, kar se uživalcu lepega zgodi, njegova zasluga, in kar se mu zgodi hudega, prav tako. Če se odloči za »zdravljenje«, je to njegova odločitev in ne le učinkovit »strokovni« pritisk nanj, in če recidivira, je to prav tako njegova odločitev.

5. Socialni delavec mora nujno razpolagati s čimveč strokovnimi informacijami.

6. Model motivacijskega intervjuja (Miller v Macdonald, Patterson, *op. cit.*: 137-138) je lahko koristen usmerjevalec medosebnega dogajanja pri srečevanju z uživalcem in njegovimi bližnjimi. Motivacija v tej metodi ni mišljena kot osebna poteza, temveč kot medosebno dogajanje. Model motivacijskega intervjuja poudarja osebno odgovornost in sposobnost spreminjanja.

Opombe

¹ Del Gatto (v Taradash 1993) navaja študiji, ki sta ugotovili, da do zasvojenosti prihaja najpogosteje med šestnajstim in tridesetim letom, po tej starosti pa 60-70 odstotkov uporabnikov nekako »dozori« in prostovoljno neha. Caplin in Woodward ugotavljata, da je 70 odstotkov uživalcev drog sposobnih prenehati z uživanjem na lastno pest.

² Izvajanje individualne volje je lahko omejeno s pravnimi sredstvi, npr. z odvzemom opravilne sposobnosti, »prisilno« hospitalizacijo... Tudi v teh primerih je treba vztrajati pri upoštevanju volje človeka v stiski, če niso v nasprotju z izrečenimi pravosodnimi ukrepi in imamo že s tem omejeno strateško polje. Socialno delo kot pragmatična stroka se vedno giblje v polju tukaj in zdaj, to je, v polju uresničljivega.

³ Herwig-Lepmmp, Stover, *op. cit.*: 80: Visoko pražni programi in nizkopražni programi se razlikujejo po vstopnih pogojih. Za visokopražne programe so značilne jasno definirane zahteve, ki jih strokovni delavci naslavljajo na uživalce drog; najbolj pogosta zahteva je vzdržnost. Nizkopražni pristop pa označujejo izhodiščna nestrukturiranost, strukturiranje »pomoči« v skladu z zamislivi uživalca in konkretna pomoč pri materialni, stanovanjski, zdravstveni stiski...

Literatura

- R. BOUWKAMP, R. (1995), Osrednji pojmi družinskega sistema in odnosov. V: *Izkustvena družinska terapija*. Ljubljana: Cicero.
- S. CAPLIN, WOODWARD (b. n. l.), *Drugwatch. Just say no!* (Prevod za interno uporabo Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše v Ljubljani)
- S. DRAGOŠ (1995), Kako. *Socialno delo* 34, 1.
- S. FREUD (1996), Konstrukcije v analizi. *Razpol*, 9 (*Problemi*, 7-8).
- E. GOODE (1993), *Drugs in American Society*. ZDA: McGraw-Hill.
- H. S. HERWIG-LEPMPP (1992), Socialno delo, ki akceptira uživanje mamil. *Iskanja*, 12.
- T. HRIBAR (1990), *Sveta igra sveta: Umetnost v postmoderni dobi*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- P. LUESSI (1990), Sistemski nauk o socialnem delu. *Socialno delo* 29, 1-3.
- D. MACDONALD, V. PATTERSON (1991), *A Handbook of Drug Training*. London, New York: Tavistock/Routledge.
- B. MESEC, B. (1990), O specifičnosti metodologije v socialnem delu. *Socialno delo* 29, 1-3.
- S. PEELE (1985), *The Meaning of Addiction*. ZDA: Lexington Books,
- B. STRITH (1992), Možnosti skupnostnega dela za reševanje problematike uživanja drog. *Zdravstveni vestnik*, 61.
- B. STRITH (1993), *Normativi in standardi v socialnem varstvu*. Ljubljana: VŠSD
- M. TARADASH (1993), *Cena prohibicije drog*. Ljubljana: Taxus
- V. A., *Izkustvena družinska terapija* (1995), Ljubljana: Quatro d. o. o.
- DE VRIES, BOUWKAMP R. (1995), *Psihosocialna družinska terapija*. Logatec: Firis.

