

NEŠKODLIVEGA UŽIVANJA DROG NE POZNAM

intervju z dr. Martino Žmuc-Tomori

Dr. Martina Žmuc-Tomori je psihiatrinja na oddelku za mladostnike na Centru za mentalno zdravje pri Univerzitetni psihiatrični kliniki v Ljubljani. Ukvarja se s psihoterapijo mladostnikov in problemi odvisnosti. Na osnovi večletnih izkušenj s problemi prevencije in zdravljenja odvisnosti je oblikovala strokovno vsebino osnutka Nacionalnega programa za boj proti zlorabi drog. Je tudi avtorica številnih strokovnih člankov in knjig *Klic po očetu* (1988) in *Psihologija telesa* (1990).

Vaša znanstvena in strokovna prizadevanja za zmanjševanje števila mladostnikov, odvisnih od drog, segajo že v 70. leta. Kako danes ocenjujete glavne vsebinske spremembe in premike v teh 20 letih po uspešnosti reševanja te problematike?

V sedemdesetih letih se je javna pozornost pri nas res prvič usmerila tudi v problematiko zlorabe drog pri mladih, to pa je tudi čas prvih domačih raziskav na tem področju in prvih organiziranih terapevtskih dejavnosti za tiste -

takrat še redke odvisne od drog - ki so bili za to motivirani. Poleg vseh drugih pomembnih političnih, ekonomskih in drugih sprememb, ki so se v tem času dogajale pri nas in bolj ali manj posredno vplivale tudi na sceno drog, se je spremenila tudi populacija tistih, ki droge uživajo. Dejstvo, da ne gre več le za posamezne, primarno problematične osebe na pragu odraslosti in že tako iz različnih razlogov bolj na robu glavnega toka mlade generacije (kar bi bil lahko opis slovenskih odvisnikov v 70-ih letih), temveč za mnogo večjo skupino mlajših in manj prepoznav-

no rizičnih ali že primarno motenih mladostnikov, gotovo spreminja odnos javnosti do problema. Zelo rada bi rekla, da je radovednost in mik neznanega ter želja po senzaciji - kar je vse označevalo takraten odziv javnosti - nadomestila prava občutljivost za problem, ustrežna osveščenost, osnovno znanje, dovolj razširjeno med vsemi ljudmi različnih generacij, izobrazbe in socialnega položaja - pa se bojim, da to še ni upravičeno. Vendar pa sem mnenja, da spremembe gredo v tej smeri in da tudi širše med ljudmi ustrežno znanje in pravilnejši odnos do droge in tistih, ki jih uživajo, postopoma zmanjšujeta predsodke, nevednost, odpore in nestrpnost. Do uspešnega reševanja te problematike smo še daleč, saj smo tisti, ki že leta zaman opozarjamo na ta problem, šele v zadnjih mesecih naleteli na pripravljenost resno programirati, zastaviti in realizirati najnujnejše preventivne ukrepe pri bolj odgovornih za to.

Odvisnost od drog je kompleksen družbeni problem. Zanima nas, ali v težnji po zmanjševanju odvisnosti od drog priznavate za "edino pot" popolno abstinenco ali pristajate tudi na dopolnjujoče, alternativne poti, npr. politiko, ki sprejema uživanje drog?

Zloraba drog je pojav mnogih razsežnosti. Socialni, kulturni, ekonomski dejavniki se v celovitosti te problematike prepletajo z individualno človeško stisko in iskanjem sreče, ugodja in zadovoljstva, ki je drugačno pri slehernem človeku in značilno le zanj. Posploševanje in poenostavljanje reševanja pojava zlorabe drog zato ne more prinesiti nikakršnih rezultatov. Tudi predpisovanje enega načina zdravljenja že odvisnih, ki naj bi bilo dobro in učinkovito za vse, strokovno edino in izključno pravilno, bi bilo večini bolj v škodo kot v korist. Nikakor namreč ne moremo na isti način in po identični terapevtski metodi pomagati mladostniku, ki išče svojo identiteto in olajšanje razvojnih tenzij med drugim tudi z eksperimentiranjem z drogo, in človeku, ki že vrsto let povezuje svoje življenje z rednim drogiranjem, mu prilagodi in podredi vse svoje socialne in druge težnje, motive in prizadevanja. Pri prvem uvedbi metadon ni le resna strokovna napaka, ampak zločin, saj ga obsodi na

odvisnost, ki je lahko hujša od tiste, ki bi ga čakala, če ne bi ostal le pri eksperimentih. In vendar so se pri nas take stvari dogajale... Urejanje problema, za katerega ni organiziranega niti najosnovnejšega - jasnih indikacij, usposobljenih in izobraženih izvajalcev, celostne diagnostične ocene, temeljne mreže za izvajanje in strokovni nadzor - pa bi bilo škodljivo še pri manj občutljivih metodah, kot je metadonska.

Različni ljudje potrebujejo različne terapevtske, individualno smiselno prilagojene pristope tudi na področju odvisnosti od drog. Glede na naravo in trajanje uživanja drog, vrsto drog, osebnosti in druge individualne primarne značilnosti odvisnika, njegovo motiviranost, pripravljenost za zdravljenje, sodelovanje in oporo ljudi iz njegovega okolja, je treba za vsakega posebej izbrati, omogočiti in realizirati terapevtski in rehabilitacijski program, ki je zanj najbolj ustrezen. Le manjši del odvisnikov je motiviran in pripravljen za sodelovanje v psihiatriji. Po začetni detoksikaciji, ki je pogoj za uspešno nadaljnje zdravljenje, pravzaprav večina ne potrebuje klasične psihiatrične obravnave. Socializacija, utrditev motivov za samostojno in predvsem dejavno življenje, obuditev prejšnjih interesov in aktiviranje potencialov, ki v času rednega uživanja drog ugasnejo, lahko poteka izven medicinskih, kaj šele specifičnih psihiatričnih okvirov. In prav tu imajo mesto, vlogo in priložnost različne samoorganizirane skupine, skupine samopomoči in socioterapevtske skupnosti, ki marsikdaj lahko dajo več in bolj prave stvari, kot jih je sposobno ponuditi zdravstvo po svojem značilnem medicinskem modelu. Rehabilitacija, ki traja več let, mora zato potekati v pogojih, ki so mnogo bliže življenju in stvarnosti - z vsemi obremenitvami in omejitvami vred - kot pa jih lahko nudi ali omogoča bivanje v bolnišnici ali drugi medicinski ustanovi. Sama osebno sem mnenja - po izkušnjah, ki sem jih nabrala po svetu - da so lahko terapevtske skupnosti (komuna v bistvu ni najbolj ustrezen izraz za vse njihove oblike) izredno uspešna in učinkovita možnost za reševanje problema odvisnosti pri mnogih odvisnikih, če le delujejo po jasnem programu, v ustreznih pogojih in ob povsem dosledno izvajanjem procesu dela. Ker pa gre pri tem programu za celostno osebnostno reintegracijo odvisnika, obravnava v terapevtski

medstrokovnega povezovanja bi morale segati do najvišje ravni, do medresorskega povezovanja na ravni ministrstev. Socialna medicina je po definiciji in po tradiciji najbolj primerna za takšen pristop, ima največ izkušenj s sodelovanji z drugimi medicinskimi in nemedicinskimi strokami. Poleg tega naj bi socialna medicina na področju preprečevanja in zdravljenja odvisnosti od drog organizirala dispanzerski pristop, ki so ga v preteklosti uporabljali za preprečevanje tuberkuloze. Danes je ta pristop primeren za t.i. kronične nenalezljive bolezni, ki jim pogosto botruje nezdrav življenjski stil in kamor prav gotovo sodijo odvisnosti. Bistvo tega pristopa je, da zdravnik aktivno išče rizične in ranljive posameznike, kar je še zlasti primerno za področje drog.

Dispanzerski pristop je samo eden izmed pristopov v socialni medicini. Pri takšnem načinu dela se uvajajo spremembe tako v odvisnikov način življenja kot v njegovo okolje. Zlasti je pomembna zdravstvena vzgoja. Ko gre za intravenozne uživalce, za katere je znano, da neradi iščejo zdravstveno pomoč, je posebej pomembno, da zdravstvena vzgoja ni samo pisarniška, temveč tudi terenska. To velja tudi za raziskovalno dejavnost. Preventivna dejavnost potrebuje epidemiološko podporo, se pravi spremljanje pojava, iskanje dejavnikov tveganja in, kar je zlasti pomembno, spremljanje učinkov naših posegov. Prav tako ne zadoščajo več samo aktivnosti za preprečevanje odvisnosti, to je ohranjenje zdravja. Novi koncepti socialne medicine poudarjajo tudi pomembnost aktivnosti za krepitev in pospešitev zdravja. Torej stalno skrb za "pozitivno zdravje", kar krepi odpornost proti negativnim posledicam porabe drog. Tudi s tem v zvezi je socialni medicini naložena priprava dokrine za preprečevanje zlorabe drog. Pri tem bi rad poudaril pomembnost tehtanja strokovnih argumentov v javni razpravi. Pričakuje se, da bodo prav strokovnjaki za socialno medicino tisti, ki bodo vpeljevali takšno zdravo politiko z osveščanjem in usposabljanjem drugih strokovnjakov in javnosti.

Če je jasna epidemiološka slika stanja pogoj kakovostnih zdravstvenih posegov, se samo po sebi zastavlja vprašanje, kakšna je ostrina posnetkov stanja v Sloveniji na področju uživanja dovoljenih in nedovoljenih drog.

Socialna medicina mora odgovoriti na več temeljnih vprašanj. Prvič, kakšne so epidemiološke značilnosti poseganja po drogah na posameznem področju. Koliko je prizadetih? Kdo so ti ljudje? Poleg tega moramo poznati analize primerjav posameznih skupin uživalcev po dejavnih tveganja in področjih. Vseh teh temeljnih epidemioloških raziskav pri nas še nimamo. Največji del epidemioloških analiz opravimo tu, na Inštitutu za varovanje zdravja (nekdanji Univerzitetni inštitut za zdravstveno in socialno varstvo). Zakaj to delo pri nas še ni opravljeno? Zato, ker smo se do socialne medicine v preteklosti obnašali mačehovsko in posledica tega je sedanja kadrovska šibkost vede. Že deset let delam na Inštitutu in do mojega odhoda v ZDA sem bil povsem sam in imel za nalogo pokrivanje celotnega področja tobaka, alkohola in nedovoljenih drog. Po moji vrnitvi s triletne specializacije v ZDA, leta 1990, sem doma naletel na popolnoma spremenjene razmere, ne le politično, temveč tudi glede epidemioloških razmer na področju drog. Slovenija v preteklosti ni razvila zadovoljive politike do uživanja drog, ne zadovoljive infrastrukture za spremljanje in preprečevanje tega fenomena. Razmere se izboljšujejo, vendar je v tako kratkem času in brez potrebnih sredstev nemogoče zgraditi dober tim.

Kaj se je v zadnjem času premaknilo na tem področju?

Temeljni cilji in strategija prevencije zlorabe in odvisnosti od drog, ki smo jih pripravili na Zavodu, 8. kongres zdravnikov v Mariboru in pobuda Demokratske stranke v skupščini so ponudili nastavke, ki bi jih morali razvijati. Zadnji pobudi sta določili tudi najodgovornejše za to. To so ministrstva z osrednjo vlogo ministrstva za zdravstvo. Na vrhu mora nastati medresorsko telo, ki bo imelo za odločne ukrepe na voljo tudi finančna sredstva. Ob odgovoru, da teh sredstev ni, lahko samo ugotovimo, da so uživalci drog za nas odvečna populacija, do katere se obnašamo diskriminatorno, ker ne zavzema pomembnega mesta v produkcijski verigi. Sicer pa je znano, kdo potegne najkrajšo v časih ekonomske recesije... Tudi na zavodu, kjer delam, smo relativno premalo uspešni - tudi pri iskanju sredstev za dejavnost. To je tudi zato, ker smo s svojim delom in ugotovitvami pogosto "slaba vest" družbe. Strokovni ukrepi, ki jih predlagamo,

skupnosti ni združljiva z uživanjem drog.

Pred kratkim je bil v skupščini sprejet "Nacionalni program za preprečevanje zlorabe drog". Ena izmed glavnih ciljev tega programa je boj proti drogam. Se vam ne zdi, da politika, ki temelji na prepovedi drog, spregleda dejstvo, da hkrati podpira kriminalizacijo posameznika, odvisnega od drog?

Nacionalni program za preprečevanje zlorabe drog, ki je bil predlagan v skupščini, ne temelji na prepovedi drog, pač pa na spodbujanju dejavnosti, ki bi mladim nudile vse tiste možnosti za zdravo, polno in dejavno življenje, ki zmanjšuje sploh potrebo in željo po tem, da bi segali po drogah. Zmanjševanje povpraševanja po drogah je mogoče doseči le, če otroci odrasčajo v razmerah, v katerih lahko izpolnjujejo svoje razvojne potrebe na dejaven in ustvarjalen način, v katerih razvijajo trdne točke svoje osebnosti, oblikujejo in gojijo svojo individualnost po poteh, ki zanje niso škodljive. V programu je, poleg na teh zdravih "alternativah" za drogo, poudarek tudi na zagotavljanju ustrezne poučenosti in znanja o drogah v vseh skupinah populacije (ne le pri tistih, ki se z mladimi ukvarjajo poklicno) ter na širjenju splošne potrebe po osveščenosti o problematiki tako prepovedanih drog kot tistih, ki so pri nas že domače in prav nič manj nevarne, čeprav so dovoljene.

Nekateri (Vito Flaker) trdijo, da heroin sam po sebi ni škodljiv. Kar je škodljivo, izhaja predvsem iz ilegalizacije drog. Kaj menite o tem?

Posplošene ocene in absolutne trditve o (ne)škodljivosti so bodisi znak popolnega nepoznavanja problema bodisi poskus pridobivanja simpatij javnosti s prikazovanjem nekakšne tolerantnosti in širine pogledov. Škodljivosti katerekoli droge ne določajo le njene farmakodinamske lastnosti, temveč seštevek lastnosti te droge (ne le njene kemije, ampak tudi socialnega imagea, simbolike, ki jo nosi v predstavah ljudi v nekem socialnem okolju in vseh drugih značilnostih tega konkretnega

sredstva), značilnosti osebe, ki jo uživa - njenih specifičnih močnih in šibkih točk - ter okoliščin, v katerih je to uživanje vpeto kot socialni ritual, samomedikacija, iskanje vznemirjenja ali karkoli drugega. Brez upoštevanja vseh teh dejavnikov in njihove dinamične povezave ne moremo argumentirano podajati ocene o škodljivosti katerekoli psihotropne snovi: saj vemo, da človek sliši predvsem tista mnenja "strokovnjakov" in strokovnjakov, ki jih želi slišati in jih potem uporablja kot potrditev ustreznosti svojega lastnega ravnanja. O neškodljivosti heroina najbrž ne bi govoril nihče, ki je kdaj oživiljal novorojenčka od heroina zasvojene matere, ki se je rodil z vitalno ogrožujočim abstinenčnim sindromom, ali ki je psihoterapevtsko razreševal globoko osebnostno problematiko človeka, ki mu je nekajletno uživanje heroina zadušilo vse prejšnje motivacije, ustvarjalne cilje in socialne potencialne, ali ki je spremljal poglobljanje disfunkcionalnih odnosov, medsebojna trpinčenja in obup v družini od heroina odvisnega mladostnika. Pa ilegalnost te droge ob vsem tem ni imela nobene vloge. Pošteno in tudi strokovno upravičeno pa se mi zdi govoriti o relativni nevarnosti drog. Morda izziva kot primer za to še bolj marihuana kot heroin. Že večkrat sem povedala, da me kot psihiatrinjo v resnici zaskrbi situacija, ko se zakaja s travo trinajstleten otrok s šele zastavljeno osebnostno gradnjo, z nerazrešenimi identitetnimi in vsemi drugimi razvojnimi nalogami; je negotov, neorientiran, si obeta od te droge enostavno in takojšnjo izpolnitev vseh želja, samopotrditev pred vrstniki, zamenjavo evforičnega površnega druženja za pomembne čustvene in trajne odnose in se zaradi iluzij ob učinku te droge odpove treznemu, napornemu in tvornemu raziskovanju sveta in sebe in opušča vse dejavnosti, ki so potrebne za njegovo dozorevanje. Njegov emocionalni, osebnostni in socialni razvoj je brez dvoma ogrožen, posredna pot do drugih drog pa olajšana - česar pa nikakor ne bi mogli trditi za dvajsetletnika, ki v družbi občasno prižge joint, pa ima za seboj že vrsto izkušenj z ustvarjalnim in samostojnim samopotrjevanjem, verjame vase in je s svetom okrog sebe v dejavnem odnosu, se zna sprostiti in dobro imeti tudi brez droge, je sposoben, pripravljen in željan razvijati z ljudmi globoke in trdne odnose, ima samostojne

pogleda na svet in je sposoben v skladu z njimi tudi ravnati in sprejemati odgovornost za to. Bi vi rekli, da je marihuana za oba enako neškodljiva?

Ali se vam zdi smiselno razlikovati mehke in trde droge?

Stroka že nekaj let ne ločuje več mehkih in trdih drog predvsem zaradi novih dognanj na polju biokemije in farmakodinamike psihoaktivnih snovi. Glede na to, da na izid (tudi na razvoj odvisnosti od droge) vplivajo - poleg značilnih lastnosti psihoaktivne snovi - tudi osebnostne in druge individualne značilnosti uživalca ter sociokulturni kontekst uživanja droge, pa se mi ob današnji stopnji znanja o tem delitev na mehke in trde droge tudi ne zdi več smiselna. Morda je bila še čisto funkcionalna v obdobju, ko so se oblikovala osnovna stališča do drog in ko javnost še ni bila sposobna razvijati smiselno kritičnih in diferenciranih stališč do tega - takrat novega in neznanega - pojava in se je nanj odzivala le z odporom, predsodki in zgražanjem. Danes pa bi bila taka, v bistvu površna in pretirano poenostavljena delitev zavajajoča in zato celo škodljiva.

Revizija mednarodne klasifikacije iz leta 1991 uvaja zamenjavo terminov, kot so tabletomanija, alkoholizem, narkomanija v enotno kategorijo sindroma odvisnosti od ... Tako se pojem zloraba oz. čezmerna raba revidira z izrazoma tvegana raba in škodljiva raba. Zakaj program ne uvaja teh izrazov v skladu z novo klasifikacijo, saj bi se tako izognil strašljivemu in moralističnemu zvemu besede zloraba?

Najsodobnejša mednarodna klasifikacija, ki jo je sprejela tudi Svetovna zdravstvena organizacija, uporablja kategorijo "sindrom odvisnosti od...", ki pa ni enotna, saj ločuje različne psihoaktivne snovi, katerih uživanje lahko privede do zasvojenosti. Klasifikacijski priročnik povsem ločeno in definirano opisuje učinke, posledice, zaplete, škodljivosti in druge značilnosti odvisnosti od posameznih psihoaktivnih substanc, ki seveda zahtevajo tudi povsem različno terapevtsko obravnavo. Izraz "zloraba" se še vedno uporablja povsod po svetu,

zlasti kadar gre za splošne in okvirne opise pojava. V preventivnem programu je navedena in poudarjena nujnost zagotavljanja znanja o drogah. Velik del teh izobraževalnih vsebin, ki naj bi posredoval čimbolj stvarno in strokovno poznavanje problematike, naj bi bil seveda usmerjen tudi na to, kaj je tvegana oziroma še posebej tvegana "raba" drog, kaj to tveganje še povečuje in kako se mu je mogoče izogniti. Škodljiva je - tako ali drugače - vsakršna "raba" psihoaktivnih snovi. Neškodljivega uživanja drog ne poznam.

Morda ima beseda "zloraba" za koga res strašljiv in moralističen zven. Na to, kako katero besedo slišimo, vpliva v veliki meri tudi naša subjektivnost. Glede na to, kakšne hude, boleče in uničujoče posledice "rabe" drog pa sem imela možnost pri svojem delu spoznati in spremljati, me je pa nekako minila pripravljenost iskati lepe in obzirne besede za stvari, ki so lahko zelo težke. To seveda ne pomeni, da ne bi znala kot psihiater za mladostnike trezno postaviti drogi in njeni rabi pravega mesta v sklopu adolescentnega iskanja in oblikovanja identitete. Če poznate moje tekste o tej problematiki, najbrž verjamete, da so mi večkrat očitali, da preveč poudarjam nepatološke vidike tega pojava...

Predloga dokumenta programa niste podpisali, vendar nas zanima vaše mnenje o njegovi argumentaciji. Predlog o nujnosti ustanovitve odbora se sklicuje na argumente ekonomske narave, tj. da vsak odvisnik večja število uživalcev za 4 do 6 novih, kar naj bi nas v kratkem soočilo s problemom dragega zdravljenja le-teh. Ocene o številu intravenoznih uživalcev v teku 20 let takega skokovitega naraščanja ne potrjujejo. Njihovo število ostaja skoraj identično. Kako razlagate to neskladje?

Ocene o razširjenosti nekega pojava in poznavanje številčnih podatkov, pa tudi pričakovanega naraščanja neke problematike so nujna osnova za programiranje vsakršnih preventivnih pa tudi terapevtskih programov. Žal pa pri nas še ni dovolj ustreznih, kvalificiranih in metodološko zanesljivih raziskav, ki bi nam povedale, kakšno je dejansko stanje na slovenski sceni zlorabe drog danes. Prenos statističnih

zakonitosti širjenja zlorabe drog, ki so se pokazale v daljšem časovnem obdobju na Zahodu (od tam so pač edini podatki, ki jih imamo), ni ustrezen, saj tukajšnje razmere prav gotovo niso neposredno primerljive s tistimi. Žal pa je dovolj potrditve, da se je v zadnjih letih pri nas število uživalcev psihoaktivnih snovi, tudi tistih, ki si jih aplicirajo intravenozno, povečalo v zaskrbljujočem skoku. Spremenila se je razporeditev te populacije po Sloveniji in tudi karakteristike (starostne, osebnostne, socialne), ki te osebe, že odvisne od drog, opisujejo. Razlogov za to je več, mnoge od njih poznamo, mnogi so nepredvidljivi. Življenje mladih je danes v mnogočem zelo drugačno od tistega še pred nekaj leti, prav tako - žal - tudi njihove perspektive.

Prav kompleksnost in heterogenost vplivov, ki zlorabo pri nas tako povečujejo in problem v resnici zaostrejujejo, še bolj kliče po nujnosti usklajene, organizirane in učinkovite preventive.

V tezah izstopa izhodiščna trditev: Organizacija in izvajanje programa dejavnosti, ki preprečuje zlorabo drog v Republiki Sloveniji, mora prevzeti država. Mar to pomeni, da je do sedaj ni?

Organizacija in izvajanje programa dejavnosti, ki preprečujejo zlorabo drog, sta lahko uspešna in učinkovita le, če ju z vso odgovornostjo (in tudi z zagotovitvijo potrebnih sredstev) prevzame kako legitimno koordinacijsko telo. Vse sporadične, med seboj nepovezane, često kratkoročno planirane in dejanskim razmeram na konkretnem "terenu" neprilagojene preventivne dejavnosti so bile doslej večinoma le posledica prizadevanj posameznikov ali posameznih institucij (kake šole, mladinske organizacije, socialnega centra, tega ali onega aktiva, psihologov ali pedagogov...), ki brez ostalega, celostnega preventivnega dogajanja niso mogle imeti dovolj širokega in trajnega učinka. Predavanja strokovnjakov, okrogle mize, javne tribune, ki so opravljene le za to, "da se pač nekaj na tem dela tudi pri nas" ali pa z namenom uveljaviti čisto druga sporočila, ne morejo uspeti, še posebno ne tam, kjer ni osnovnega znanja o problematiki drog, prave osveščenosti in jasnih stališč o

pojavi. Celo tisti, ki so pri nas (od države) zadolženi za preventivo, so do pred kratkim postavljali vprašanje drog na konec vrste svojih dejavnosti. Skupen in usklajen preventivni program bi moral vključiti tudi potencialne in delovno pripravljenost tistih, ki so doslej - brez vsakega zaledja in opore, često tudi formalne ne - poskušali delovati v smislu preventive le zaradi osebnega prepričanja, da je ta nujna, da je možna in da jo vsi, ki ob nas odraščajo, tudi potrebujejo in zaslužijo.

V tem delu programa je beseda o organiziranosti, finančnih, institucionalnih plati, sicer pa ni nobenega doktrinarnega stavka. Mar ne bi tak program moral predložiti tudi nekaj splošnih usmeritev: npr. zavzemanje za diferencirane pristope v preprečevanju zlorabe ali izhodišča socialnega in zdravstvenega dela za uživalci?

To omenjam, ker v dokumentu piše, da morajo vse državne programe, akcije, kampanje, učne materiale in raziskave oceniti in potrditi odbor. Kompetence odbora so velike?

Okvirni program in osnovne usmeritve ne potrebujejo doktrinarnih determinant, temveč morajo dati strukturo, v katero je mogoče vgraditi smiselno povezane vsebine, v katerih se stroka in dejanske, specifične razmere na nekem področju medsebojno prilagajajo. Tako so me učili o nacionalnih programih. V tem osnutku pa so vendar nakazani tudi diferencirani pristopi tako glede na ciljno populacijo kot na posamezne pojavne oblike zlorabe drog.

Čeprav obstaja med preprečevanjem in zdravljenjem pomembna povezava (zdravljenje je lahko uspešnejše v pogojih, kjer deluje tudi preventiva, učinkovitejša je tudi rehabilitacija že odvisnih...), pa v preventivni program ne sodijo podrobnosti strokovne doktrine zdravljenja (mimogrede, to je že pred časom pripravil republiški strokovni kolegij za psihiatrijo). Program navaja tudi potrebo po oceni dejavnosti, ki ga sestavljajo. Brez tega si je težko zamisliti usklajevanje teh dejavnosti, saj je za njihovo smiselno dopolnjevanje potrebno, da jih povezuje (in zato dobro pozna) neko osrednje, skupno telo. V zadnjem času pa se je prav iz prakse potrdila tudi potreba po strokovnem recenzira-

nju, oceni "cost-benefit" dimenzije ter etični neoporečnosti programiranih dejavnosti. Naj naštejemo nekaj primerov: oblika in način sporočil v medijih o problematiki drog sta zelo delikatna, meja med kratkijo in škodo je lahko zelo prehodna; pred kratkim se je - ob vseh dobrih namenih ustvarjalcev - pojavil scenarij za video spot, ki prikazuje smrt uživalca droge zaradi predoziranja. Sporočila tega spota niso bila le zastraševalna in moralizirajoča, kot pravite, ampak še vse kaj bolj groznega. Poleg tega bi izdelava tega spota stala več kot nekaj bistveno bolj ustreznih in bolj potrebnih preventivnih sredstev. Ustvarjalcem je posvet s tistimi, ki poznajo pravila in zakonitosti ustrezne preventive, lahko v pomoč, bodočim "uporabnikom" spota pa v korist. Drug problem so številne raziskave, ki se pojavljajo na našem prostoru: delal bi jih vsak, od sedmošolcev v osemletkah za "govorne vaje", prek gimnazijcev za seminar, do profesorjev, ki jih zanima situacija na šoli, pa ne povsem formalnih aktivistov za zdravstveno vzgojo na terenu. Le tiste, ki so take raziskave dolžni opraviti, je očitno pri tem še do nedavnega oviralo pomanjkanje denarja in pomisleki zaradi znane zapletene raziskovalne metodologije. Prošnje za sredstva za take raziskave se pojavljajo že povsod, povprečen učenec ali dijak je šel že prek več takih ad hoc apliciranih vprašalnikov in anketnih listov (mnogi od teh so bili sestavljeni mimo vseh pravil takega raziskovalnega pristopa). Operirali smo s podatki, ki so jih dale raziskave srednješolk, dokler so bili pač edini... Ob tem pa pri nas že nekaj časa nobena republiška primerjalna in verificirana raziskava na kateremkoli družboslovnem raziskovalnem področju ne poteka brez rednega strokovnega recenziranja, včasih celo dveh recenzentov, pogosto vsaj enega strokovnjaka iz tujine, kar je povsem prav in edini resen pristop.

Kot raziskovalka vem, da je recenzija, ki jo opravi kvalificiran strokovnjak, raziskovalcu v pomembno, včasih prav odločilno pomoč, in v tem ne gledam nekakšne grožnje nadzora ali prisvajanja neustreznih kompetenc nekoga, katerega znanje je lahko dragoceno tudi zame. Recenziranje sodi v osnovno kulturo resnega raziskovanja, očitno pa je bojazen pred "nadzorom" še ostanek občutljivosti iz sorealističnih dogajanj. Ker ne kaže, da bi bilo sredstev za preventivo na pretek, bi bilo res škoda, da bi katere dejavnosti podvajali, uvajali neustrezne, druge pa povsem preskočili, ker bi bila vsota denarja porabljena za nekoristne in neracionalne akcije. Je to mogoče preprečiti brez centralno koordiniranih ocen in potrditev?

Med cilji programa ni zaslediti nobene besede o ciljih, ko gre za že odvisne? Kaj je z odvisniki?

Mar ne bi bilo smiselno vključiti tudi predstavnika društva za samopomoč uživalcev v odbor za preprečevanje zlorabe?

V osnutku programa je navedena tudi potreba po sekundarni in terciarni preventivi, torej dejavnostih, ki bi zaščitile rizične uživalce drog in tiste, ki zmanjšujejo tveganje pri že odvisnih. Ker pa so ti preventivni vidiki vsebinsko povezani tudi s terapevtsko obravnavo odvisnih, so tudi v osnutku vključeni v ta kontekst. Sicer pa saj veste: kolikor učinkovitejša je primarna preventiva, toliko manj sta potrebni sekundarna in terciarna ter zdravljenje.

Vprašanja za pisni intervju je sestavila Darja Zorc.